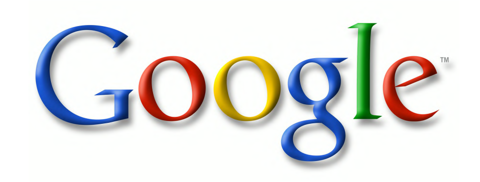



COUNTWAY LIBRARY
HC 4WWD 0


VE RI TAS
ET
CHRISTO ECCLESIAE
SIGILLUM ACADEMIAE HARVARDIANAE IN NOV·ANG·

ESSAI

SUR LA

CURE RADICALE

DU

CANCER, TUMEURS MALIGNES

ET DE LA

SYPHILIS

par un nouveau procédé

(MÉTAUX À L'ÉTAT COLLOÏDAL)

PAR LE

Dr A. DE TORRES

> Tâchons de savoir quelque chose pour nous-mêmes, cette seule satisfaction doit nous suffire ; mais pour ce qui est de l'opinion populaire et de l'assentiment des philosophes *in libris*, quittons-en l'envie et l'espoir de les gagner.
>
> Galilée Galiléi, Oeuvres; Lettre à Benoît Castelli 30 Déc. 1610.



PARIS-ROME
LIBRAIRIE SCIENTIFIQUE

1904.

CHAPITRE PREMIER

SYPHILIS ET CANCER

Bibliographie de la Syphilis : VIRCHOW. *Die krankhaften Geschwülste*; LANG, *Vorles. über Pathol. u. Ther. d. Syphilis, Wiesbaden* 1889; KAPOSI, *Pathologie und Therapie der Syphilis,* 1891 ; *Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute, Wien* 1873-75 ; A. FOURNIER, *Traité de la Syphilis 3 v. Rueff, éd. ; Prophylaxie de la Syphilis. Rueff, éd.* ; *Les chancres extragénitaux,* 1897, — ED. FOURNIER, *Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis, Rueff, éd.* 1898. — FINGER, *La Syphilis et les maladies vénériennes, éd. franç. Alcan,*

Paris 1900 — *Die Diagnose des syphilitischen Initialsklerose und der localen contagiösen Helkose, Vierteljahrschr. f. Dermat*, 1885. — DESPRÈS, *Trait. de la Syphilis, Paris* 1873. — NEUMANN *Lehrbuch der Hautkrankheiten, Wien* 1880. — DU CASTEL, *Chancres génitaux et extragénitaux*, 1895 ; LANG, *Das venerische Geschwür, Wiesbaden* 1887 ; UNNA, *Hautkrankheiten in Lehrbuch v. orth.* 1894 ; TOMMASOLI *et* UNNA, *Neue Studien über Syphilide, Dermatol. Studien II. R. 3 Heft. Hambourg* ; HEBRA *et* KAPOSI, *Handb. d. Hautkrankh.* 1872 ; HARDY, *Traité des maladies de la peau, Paris* 1886 ; VON DURING, *Leçons cliniques sur la syphilis, trad. Derville, Bruxelles* 1898 ; CORNIL, *Leçons sur la syphilis* 1879 : LUSTGARTEN, *Ueber die subcutanen Drüsenerkrankungen in Spätstadium der Syphilis, Wien. med. Presse* 1890 ; MAURIAC, *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire, Paris* 1890 ; PROKSCH, *Betracht. üb. die neueste u. ält. Behandlung der Syphilis* 1896 ; *v.* HEBRA, *Die krank.*

Veränd. der Haut, Braunschweig 1882; HENNIG, *Syphilis, Arch. f. Gyn.* 1871; KOCH, *Syphilis, Langenbeck's Arch. XX;* ROTH, *Hereditäre Syphilis, Virch. Arch. 43 Bd.*; JENNER, *Ein dermatol. syst. auf. path. anat. Bas.* 1893: VIERLING, *Syphilis, Tumoren, Deut. Arch. f. klin. Med. XXI*; SPIETSCHKA, *Beitr. zur oetiol, des Schankerbubo, Arch. f. derm.* 1. 28. 1894; VIRCHOW, *Syphilis, ses Arch. 21 Bd.;* KOCHER, *Krankh. d. männl. Geschlechtsorgane, Dtsch. Chirurg. L.* 50b. 1887; BERTHERAND, *Traité des adénites, Paris* 1852; SLAVJANSKI, *Syphilis, Prager Viertel Jarschr C IX* 1871; BARENSPRUNG, *Die hereditäre Syphilis, Berlin* 1864; W. REISS, *Ueber die im Verlauf der Syphil. verkom. Blutveränd. wie Bezug auf die Ther.* 1894, SCHUHMACHER, *Hämoglobinurie bei Syphilis, Congr. f. inner. Med. Wiesbaden* 1884; JUSTUS, *Sang dans la Syphilis, Virch. Arch.* 1894.

Bibliographie relative au mercure et aux intoxications mercurielles: MÉRAT, *Mémoire sur letrem-*

blement auquel sont sujettes les personnes qui emploient le mercure. Journ. de Méd. 1804, *et Coliques métalliques* 1812; PLEISCHL, *Tremores mercuriales, Oest. Zeitschr.* 1856; Lagarde, *Nouv. observ. d'accidents prov. par le calomel, etc., Gaz. des Hôp.* 1867 *p. 513;* RINDFLEISCH, *Zur Frage von der Resorpt. des reg. Quecks. Arch. f. Dermat. und. Syphil.* 1870; GRAWITZ, *Dickdarmentzündung bei acuter Quecksilbervergiftung. D. med. Wochenschr.* 1888; SCHMIDT, *Elimination des Quecksilbers, Dorpat* 1879; PREVOST *et* FRUTIGER, *Calcification des reins parallèlem. à la décalcification des os dans l'intoxication subaiguë par le sublimé, Académie des Sciences* 1883; KAUFMANN, *Sublimatvergiftung, Breslau* 1888, *Virch. Arch. 117 Bd.* 1889; KLEMPENER, *Veränd der Niere bei Sublimatvergiftung, Virch. Arch. 118 Bd.* 1889; FÜRBRINGER, *Exper. Unters. über die Resorp. des reg. Quecksilb. der gr. Salbe, Virch. Arch. Bd. 82*; LESSER, *Die Veränderungen des Verdauungskanals durch Aetzgifte,*

Virch. Arch. 83 Bd. 1891 ; NEUBERGER, *Wirkung des Sublimates auf die Niere, Beitr. von Ziegler IV*, 1889 ; KUNKEL, *Ueber die acute Quecksilbervergiftung, Sizber. d. Phys. med. Ges. zu Würzburg*, 1889 ; LETOUX, *Contrib. à l'étude des lésions dans l'intoxication mercurielle, Th. Paris* 1893 ; SPILLMANN *et* ETIENNE, *Polynévrites dans l'intoxication hydrargyrique aiguë ou soubaiguë, Congrès méd. int. de Bordeanx* 1895 ; HARNACH *et* KÜSTERMANN, *Rech. anat. path. sur l'intox. consèc. aux injec. mercur. Fortschr. der Med. aug.* 1898 ; LEYDEN, *Ueber Polyneuritis mercurialis, Deut. med. Woch.* 1893 *N° 31* ; KOSLOWSKI, *Influenc. du mercure sur la morphologie du sang, Wratsch*, 1894. XXI ; GILBERT, *Pseudo-tabes mercuriel, Deut. med. Woch.* 1894 *p.* 842 ; A. MERGET, *Mercure, Paris*, 1894.

C'est depuis quelques années seulement que, grâce aux études et aux recherches d'un illustre clinicien français, M. le professeur A. Fournier, on peut dire de connaître à peu près exactement toute l'étendue et les conséquences redoutables de l'infection syphilitique.

L'hérédo syphilis, la parasyphilis ne sont que des dénominations nouvelles appliquées à des affections dont on ne soupçonnait pas peut-être auparavant les liens qui les rattachaient à la syphilis, comme l'effet à sa cause. On a reconnu encore que le tabes presque toujours et le cancer quelquefois ne relevaient que de la syphilis et on n'a pas manqué enfin de désigner celle-ci comme un vrai danger social.

On conçoit, en effet, que si la syphilis est, comme on le prétend, vraiment inguérissable, tous les syphilitiques, traités ou non, sont un danger permanent pour la société, au milieu de laquelle ils vivent,

Si le danger est si pressant et si grave, la thérapeutique a-t-elle trouvé dans les progrès de la Chimie quelque nouveau moyen de défense contre le terrible fléau?

Laissons de côté les prétendus sérums spécifiques, qu'on a quelquefois employés pour combattre les phénomènes tardifs de la syphilis: les effets en ont été tellement désastreux, qu'on a depuis longtemps renoncé à suivre cette voie.

Pour ce qui concerne les nouveaux produits, dont s'enrichit toujours la Pharmacopée moderne, on a employé dans le traitement de cette affection nombre de nouveaux sels mercuriels, solubles ou insolubles. Mais on comprend aisément que la base de ces nouveaux sels étant toujours la même, le mercure, ses dérivés ne pouvaient avoir que les mêmes pouvoirs curatifs de celui-ci, et tout le progrès consistait dans une plus grande tolérance qu'accusaient les malades vis-à-vis de ces nouveaux composés.

Quant au mercure, nous verrons dans le cours de cet ouvrage, à quoi nous devons nous en tenir à l'égard de sa prétendue spécificité dans le traitement de la syphilis.

Nous remarquons pour le moment que ce remède est aussi ancien que l'apparition de la syphilis en Europe, que son administration dans le traitement de cette affection est due au pur hasard et fut essayée pour la première fois par de vulgaires empiriques.

Fracastor, le célèbre médecin de la Renaissance, qui le premier en prose et en vers s'occcupa de ce sujet, ne nous laisse aucun doute à ce propos :

« Nunc, – dit-il dans son beau latin (1) – et acerba prosequamur, quibus primis temporibus statim utebantur, ab Empiricis primum inventa et a similitudine ad Scabiem... quale Argentum vivum, quae materia fere est huius medicamenti ».

(1) Hieronymi Fracastori. De contagionibus et contagiosis morbis et eorum curatione : l. III, cap. 10.

Pour comprendre ce ton de mépris, avec lequel Fracastor parle de cette trouvaille des empiriques, il faut se rappeler que ceux-ci n'étaient d'autres que de vulgaires barbiers, qui au temps de la Renaissance italienne exerçaient couramment la médecine et la chirurgie.

C'est grand dommage que l'histoire ne nous ait pas conservé le nom de celui qui, le premier, eut l'idée de traiter la syphilis par les préparations mercurielles. Ce que nous savons seulement de lui, c'est qu'il était barbier de son état, et Fracastor, qui le comptait au nombre de ses amis, nous raconte que ce figaro, autant illustre qu'inconnu, ne sut pas même, comme presque tous les inventeurs, bénéficier de sa découverte de par le fait de son excessive timidité.

Écoutons ce qu'en dit Fracastor (1) : « Tonsor quidam amicus noster libellum habebat experimen-

(1) Fracastor. loc. cit. lib. II, cap. 11.

torum quorundam antiquum satis, inter quae unum inter alia scriptum erat, cui titulus erat, *ad scabiem crassam*, quae cum doloribus juncturarum accidit: is ergo, quum primum recentissimus esset morbus, memor medicaminis, consuluit medicos quosdam, num uti eo medicamento deberet in nova illa contagione, *quam per scabiem crassam* significari existimabat; medici autem inspecto medicamine acriter prohibuere, quod ex argento vivo constaret et sulphure: *fœlix*, nisi medicos illos consuluisset, incredibili quaestu *dives futurus*: paruit autem, nec ausus est experiri medicamen, etc. ».

Ce n'est donc pas sans étonnement qu'on peut se demander pourquoi, après quatre siècles que la syphilis ravage l'Europe, après les progrès merveilleux de la Chimie, de la Biologie et de la Bactériologie, pourquoi, dis-je, la science doit s'en tenir encore à un remède, dont la première application à la syphilis est due à des praticiens ignorants, qui s'étaient mépris même au sujet du

type clinique de la diathèse qu'ils prétendaient soigner ?

Et tout cela sans tenir compte des griefs multiples, qu'on peut élever contre l'usage du mercure, soit à cause de la répugnance absolue que la plupart des malades ressentent vis-à-vis de ce remède, soit à cause des dommages incontestables qu'il engendre dans l'organisme des patients.

La réponse, qu'on donne d'ordinaire à ces objections, est bien simple. Nous, disent les mercurialistes convaincus, n'avons pas encore trouvé rien de mieux. C'est une réponse qui aurait sa valeur, à condition qu'on acceptât ce remède comme un pis aller quelconque au lieu d'en proclamer les vertus thérapeutiques, qui malheureusement ne sont que fort douteuses.

Il y en a d'autres encore qui envisagent la question à un autre point de vue, un tant soit peu étrange. Ils font de la morale au lieu de faire de la thérapeutique et ils raisonnent à peu près

comme ça : les gens qui sont frappés d'une maladie pareille, méritent-ils qu'on s'occupe d'eux ? N'ont-ils pas ce qu'ils ont cherché eux-mêmes ? Si la médecine est impuissante à les guérir, qu'ils s'en prennent à eux-mêmes et pas à la science !

On se tromperait en croyant que ces moralistes à bon marché soient peu nombreux : ils sont légion au contraire ; mais cette façon de raisonner ne peut faire à moins de choquer tous les esprits impartiaux.

En principe, tout patient, quelque soit la maladie dont il est atteint, a droit à des égards. Dans l'espèce, s'il y a des êtres qui soient vraiment dignes de pitié et qu'on devrait s'efforcer d'arracher à leur triste sort, ceux-ci sont précisément les syphilitiques.

On a calculé que la résistance qu'un organisme le mieux doué et le mieux traité peut opposer à à la syphilis, ne dépasse pas quinze ans en moyenne. Mais avant cette échéance fatale, où les attend la

paralysie, la folie ou la mort, la vie des syphilitiques n'est qu'un long supplice.

Peut-être la société ancienne n'a pas connu un esclavage plus cruel et plus farouche que celui-ci. La société moderne, avec tous ses progrès et sa civilisation outrée, a-t-elle encore, ainsi que l'ancienne Sparte, ses ilotes et ses parias; et ce sont ces hommes, ou ces femmes, qui, — à quelque classe sociale qu'ils appartiennent —, sont presque hors du commerce humain : ils ne peuvent se marier ou procréer une famille, et, s'ils osent le faire, l'avortement, le rachitisme ou une mort prématurée guettent leur descendance ; ils sont un danger perpétuel pour leurs semblables et la plus sacrée des joies de l'homme leur est interdite, de crainte de communiquer leur mal et faire de nouvelles victimes.

Tâcher donc de venir à l'aide de ces infortunés, les soustraire à un châtiment qui n'est pas proportionné à leur faute et dont au moins les autres

ne doivent pas s'ériger en juges, ce serait déjà, je crois, une œuvre de stricte humanité.

Mais il y a plus que cela : il y a que cette maladie frappe aussi bien les coupables que les innocents ; qu'elle frappe plutôt l'inexpérience que le vice, et que ceux qui en sont frappés, sont peut-être plus dignes de pitié que de flétrissure.

Voici un exemple que nous empruntons à un rapport du Prof. A. Fournier : *Danger social de la Syphilis* (1).

« Dans la clientèle de ville, sur 100 femmes syphilitiques (sexuellement infectées, tout autre mode de contamination restant hors de cause), j'en ai trouvé :

« 81 appartenant à la catégorie des *irrégulières* de tout ordre.

(1) Rapport présenté à la Conférence internationale de Bruxelles, pour la prophylaxie des maladies vénériennes, 1899.

« Et 19 appartenant à la classe des femmes mariées (je précise : 19 ayant reçu la syphilis de leurs maris, dûment constatés syphilitiques par moi).

« 19 sur 100, cela fait, en chiffres ronds, 1 sur 5 ; c'est-à-dire *une femme sur cinq conjugalement contaminée !*

« A diverses reprises, depuis l'époque où j'ai produit la statistique précitée, j'ai renouvelé cette enquête, et toujours pour aboutir à des résultats à peu près identiques (17 p. c., 21 p. c., 23 p. c.) En sorte que je crois vraie ou tout au moins très voisine de la vérité cette moyenne d'environ 20 p. c

« Or, quelle moyenne ! Quelle moyenne inattendue, extraordinaire, non moins que lamentable ! Sur 100 cas de syphilis féminine, environ 20 incombent à des femmes mariées, et cela du fait de leur mari ! C'est à n'y pas croire ! »

Les conséquences que le Prof. Fournier tire de

cette statistique, visent surtout la prophylaxie des maladies vénériennes ; c'est un noble but qu'il poursuit en savant et en homme de cœur, mais qui sort des limites de notre ouvrage.

Ce qui cependant nous intéresse dans tout cela, c'est de remarquer que le plus célèbre spécialiste actuel de la Syphilis, ne trouve rien de mieux à invoquer contre l'accroissement toujours plus épouvantable de ce fléau, qu'une prophylaxie publique.

Nous sommes bien loin de l'en blâmer, mais il n'en demeure pas moins, comme un fait acquis, que le traitement mercuriel, auquel on soumet aujourd'hui les malades, est des plus aléatoires et que ses résultats sont fort douteux.

« En effet, déterminer — dit le Prof. Fournier dans le rapport précité — dans quelle proportion de fréquence la syphilis aboutit au tertiarisme est un problème actuellement non résolu, voire peut-être à jamais insoluble. Avons-nous, en effet, la possibilité de suivre nos malades à perpétuité ? Et

combien même serait réduit pour chacun de nous le nombre de ceux dont nous connaissons *toute* l'histoire pathologique et à propos desquels nous pourrions affirmer qu'ils sont ou non restés indemnes d'accidents tertiaires jusqu'à leur mort !

« Nous voyons, quand ils nous restent fidèles, ceux qui sont touchés par le tertiarisme ; mais ceux qu'épargnent le tertiarisme échappent à notre examen, tout au moins pour le plus grand nombre.

« Ce que nous savons seulement en l'espèce, c'est que le tertiarisme est plus ou moins commun suivant diverses conditions, telles que les suivantes : âge, constitution, tempérament, santé antérieure ; - prédispositions héréditaires ou acquises ; formes morbides, complications surajoutées ; intervention ou non-intervention du traitement, etc. Ainsi, à ne citer comme exemple qu'une de ces conditions, nous sommes en mesure d'affirmer ceci : que le tertiarisme est absolument commun, presque fatal, chez les sujets qui se traitent incom-

plètement ou ne se traitent pas du tout (1). (A preuve cette multitude infinie d'accidents tertiaires couramment observés comme conséquences de syphilis *ignorées*, lesquelles, forcément, ont été abandonnées à leur évolution propre en dehors de toute répression thérapeutique) ; — et qu'inversement *il est rare*, au *moins relativement*, chez les sujets qui ont été soumis à un traitement méthodique et prolongé ».

Nous avons dans ces derniers mots un aveu précieux. Donc, malgré un traitement mercuriel intense de plusieurs années de façon qu'on puisse tenir toujours la diathèse en bride, le patient n'est pas sûr du tout d'échapper au tertiarisme, savoir à la paralysie générale, à la folie, au tabès.

(1) Dans le chapitre où nous traiterons de la paralysie générale, on verra que cette assertion du Prof. Fournier n'est pas confirmée par d'autres observateurs : en effet le tertiarisme est presque inconnu chez les Arabes et les Asiatiques chez qui la syphilis est fort répandue et qui se traitent mal ou ne se traitent point du tout.

Nous verrons dans le cours de cette œuvre, à quel prix le patient, qui se soumet au traitement mercuriel, achète le peu d'assurance qu'il pourra nourrir d'échapper au redouté tertiarisme.

Il nous suffit pour le moment de rappeler que les protestations des malades contre l'administration du mercure, éclatèrent dès le premier jour que ce médicament fut introduit dans la thérapeutique de la syphilis.

Est-ce qu'on peut donc s'étonner, que dans cette affection le charlatanisme ait toujours fleuri et fleurisse encore de nos jours vigoureux, à côté de la science, lorsque celle-ci se reconnaît par elle-même impuissante à dompter radicalement le terrible fléau ?

Au XVe siècle, peu d'années après l'apparition de la syphilis en Europe, le célèbre chevalier Ulrich de Hutten, qui avait fait personnellement la cruelle épreuve du traitement mercuriel, tel qu'on le pra-

tiquait à cette époque, trace un effrayant tableau de ses méfaits (1). Après avoir lutté pendant neuf ans contre une syphilis rebelle, dont onze traitements mercuriels n'avaient pu le débarrasser, il avait acquis, à ses dépens, sans être médecin, une grande expérience à ce sujet.

A commencer donc par lui, qui croyait d'avoir eu le bonheur de se guérir par l'usage du gaïac, jusqu'à nos jours, les charlatans pullulent : chacun a son secret, chacun a son remède infaillible et commode pour la guérison de la *maladie vénérienne*.

Le Dr. Cabanès dans une de ses dernières œuvres (2) nous rappelle les exploits de quelques-uns des plus célèbres.

(1) Ulrich de Hutten, eq. : De guaiaci medicina et morbo gallico liber unus. Moguntiae. 1524.

(2) Les Indiscrétions de l'Histoire. A. Michel 1903.



« Dès le XVII[e] siècle — dit-il — les charlatans avaient deviné la part qu'ils pouvaient tirer de cette mine dont la veine n'est pas à cette heure épuisée. Un médecin anglais (1), qui visitait la France vers 1698, ne manque pas de le consigner sur ses tablettes.

« Tout le monde ici s'en mêle, et dit avoir son spécifique pour ces maladies : apothicaires, barbiers, femmes, moines. Je m'amusois à lire sur les murs en tous lieux de la ville, mais surtout dans le faubourg Saint-Germain, les affiches de ces charlatans, imprimées en lettres grosses comme la main ».

Le Dr. Cabanès nous fait connaître quelques-uns des charlatans les plus célèbres ainsi que leurs exploits : tels que Renandot, Blégny, M. Guilbert de Préval, médecin de la Faculté de Paris, qui

(1) Lister. Voyage à Paris 1698, ibid.

prétendait avoir trouvé un préservatif infaillible contre le virus vénérien.

Voici le décret, rendu en cette occasion par la Faculté de médecine de Paris contre ce dernier (1):

« Quelle vive douleur n'a-t elle (la Faculté) pas éprouvée, en apprenant que Me Guilbert de Préval, l'un de ses membres, avait oublié la dignité et la noblesse de son état au point de vendre un prétendu remède antivénérien qu'il vantait avec autant de fausseté que d'impudence, comme préservatif, etc. ».

« Guilbert de Préval laissait — c'est toujours le Dr. Cabanès qui parle — après lui des imitateurs : avec lui ne pouvait disparaître une maladie qui fait, encore aujourd'hui, la fortune des spécialistes. . . . . :

« Un des chroniqueurs de la vie parisienne à la veille de la Révolution, nous apprend que,

(1) Dr. Cabanès, l. c.

plus que jamais alors, s'exerça « l'empire du charlatanisme, celui-ci ayant surtout pour base « la maladie vénérienne ».

Les choses se passent à peu près de même aujourd'hui. On répétera l'ancien *aphorisme* : Vulgus vult decipi : mais cette répulsion unanime de tout temps contre le traitement mercuriel ne peut ne pas frapper tous les esprits non prévenus, qui penseront peut-être que cette aversion universelle ne peut pas être l'effet d'un caprice, mais doit avoir des causes physiologiques plus graves qu'on ne soupçonne pas.

Nous pourrions tirer enfin un autre argument, en faveur de notre thèse, de l'importance qu'on donne de nos jours à la prophylaxie de la syphilis. Les congrès, les ligues de défense sociale contre ce fléau, qui menace la famille et la race, ne se comptent plus.

Les sociologues invoquent la réforme des mœurs : et cependant le mal s'accroît tous les

jours et, grâce à la facilité des communications, se répand dans les endroits les plus éloignés.

Mais pour obtenir une vraie et propre prophylaxie, il faudrait isoler les malades et imiter en cela nos ancêtres, lorsque, au moyen âge, ils confinaient dans les léproseries les lépreux, leur interdisant tout commerce avec les hommes sains. C'est précisément de cette façon qu'on vint à bout d'une maladie qui depuis les Croisades jusqu'au quinzième siècle avait ravagé l'Europe.

Mais est-ce que cela est possible de nos jours? Pourra-t-on mettre d'accord une mesure si radicale et vexatoire avec les principes de liberté individuelle qui sont enracinés dans tous les cœurs? Et ne serait-ce par une honte pour la Médecine de s'avouer ainsi devant tout le monde impuissante et vaincue?

Et cependant toute prophylaxie, sans l'isolement des malades, c'est un vain mot. L'imprudente jeunesse aime mieux de croire à l'invrai-

semblance du danger que de s'y soustraire et l'exemple de ceux qui ont couru les mêmes risques, tont en restant indemnes, ne peut que les confirmer dans cette fallacieuse opinion. Il s'agit de passions, et on aime à courir le hasard pourvu qu'on puisse les satisfaire.

Mais, malgré tout cela, la syphilis est guérissable.

On avait déjà remarqué quelques cas, pas fréquents malheureusement, d'hérédo-syphilis qui, à l'éclore de la puberté, étaient guéris par eux-mêmes spontanément, et nous savons combien généralement l'hérédo-syphilis est tenace et qu'elle n'épargne pas ses victimes si facilement, d'autant plus qu'il s'agit d'ordinaire de formes secondaires ou tertiaires.

On avait encore observé que chez certains sujets, la syphilis disparaissait à jamais à la suite d'une infection aiguë, telle qu'une fièvre typhoïde grave par exemple.

Ces faits sont peut-être rares, mais ils sont incontestables.

A quoi devait-on attribuer la guérison de la syphilis dans ces cas? Quels moyens avait employés la nature pour réussir à éteindre dans l'organisme vivant l'agent pathogène que la thérapeutique cherche en vain de dompter ?

Grâce aux études de Metchnikoff (1), de Buchner (2), d'Ehrlich et Morgenroth (3), de Bouchard (4) et d'autres savants, nous sommes aujourd'hui suffisamment renseignés sur le mécanisme de l'immunité dans les maladies infectieuses chez l'homme et chez les animaux.

---

(1) L'immunité dans les maladies infectieuses. Paris 1901 et Annales de l'Institut Pasteur.

(2) Centralblatt für Bacteriol. 1889 et Verhandl. des X Cong. für inn. Med. 1892.

(3) Berliner klin. Woch. 1899 et Nothnagel. Spec. Path. u. Ther. 1901.

(4) Les microbes pathogènes, Paris 1892.

Ce n'est pas ici le lieu de faire un exposé de ces théories. Nous rappellerons cependant que dans la lutte contre les agents infectieux, les phagocytes jouent un rôle prépondérant dans l'organisme vivant : que la chimiotaxie positive des leucocytes vis-à-vis des microbes ne pourrait toutefois s'expliquer sans le concours de deux substances, dont l'une nommée substance sensibilisatrice (Bordet), ou Immunkörper ou Zwischenkörper ouambocepteur (Ehrlich) ou fixateur (Metchnikoff), circule dans le plasma du sang et dans les autres humeurs, et l'autre, nommée alexine (Buchner), complément (Ehrlich) ou cytase (Metchnikoff) n'est autre qu'un produit leucocytaire ; qu'il y a un rapport constant entre le degré de phagocytose et la production du phixateur et que c'est grâce à ce dernier ferment que les phagocytes peuvent s'emparer des microbes et les détruire.

Nos connaissances pour ce qui regarde l'immunité contre les toxines sont peut-être moins étendues, mais depuis la découverte des antitoxines par Behring et l'introduction dans le domaine des toxines, des notions stéréo-chimiques que Fischer avait déjà appliquées à l'étude des ferments, M. P. Ehrlich a développé sa théorie des chaînes latérales, qui explique d'une façon satisfaisante et ingénieuse les phénomènes compliqués qui se passent dans l'organisme sous ce rapport. De ses travaux et de ceux de Roux sur le poison diphtérique, il ressort qu'on peut établir une analogie entre les toxines et certaines enzymes. A différence des autres poisons, les toxines sont capables de contracter avec le protoplasma de certains groupements cellulaires des combinaisons chimiques et spécifiques. La molécule de la toxine organique, d'après Ehrlich, serait douée d'un groupement haptophore, à l'aide duquel a lieu la fixation des toxines sur les tissus,

et d'un groupement toxophore. La fixation du groupement haptophore de la molécule de la toxine sur le protoplasma se fait au moyen de chaînes latérales que ce dernier possède et qu'on désigne sous le nom de récepteurs. Lorsque dans l'organisme, à la suite des phénomènes de régénération, il y a une superproduction de ces récepteurs, — qui, ainsi qu'il est dit plus haut, ont la propriété de contracter des combinaisons avec les groupes haptophores de la toxine —, il se produit un détachement de ces récepteurs régénérés en excès et leur passage dans la circulation. Ce sont ces récepteurs protoplasmiques circulant dans le sang qui constituent les anticorps, les antitoxines. Les antitoxines se combinent avec les toxines pour donner lieu à un produit nouveau indifférent pour l'organisme (Fraser, Ehrlich, Cherry et Martin). C'est ainsi qu'a lieu la neutralisation des toxines.

Nous aurons occasion d'ici à peu de parler des *toxones* et des *toxoïdes*; pour le moment il nous suffit de faire remarquer qu' aussi dans l'immunité contre les microbes on peut supposer l'existence des deux groupements haptophore et toxophore, le premier serait représenté par l'Immunkörper ou fixateur, tandis que le second serait représenté par le complément ou cytase.

L'immunité bactérienne et l'immunité antitoxique offrent donc beaucoup de points communs que la théorie des chaînes latérales de M. Ehrlich établit d'une manière lumineuse.

De ce résumé très sommaire des connaissances actuelles sur l'immunité naturelle contre les microbes et leurs produits toxiques, nous pouvons en déduire qu'avec toute probabilité les choses se seront passées de même dans les cas cités plus haut, de guérison spontanée de la syphilis, qui elle aussi est une maladie infectieuse. Nous pouvons supposer que dans ces cas, sous l'action de

causes qui nous sont inconnues, il y a eu dans le sang des sujets une production spontanée de substance fixatrice ou *immunkörper* contre l'agent pathogène de la syphilis et aussi d'anticorps contre ses produits toxiques.

Une fois donc constatée la possibilité d'une immunité naturelle contre le syphilis, dans les circonstances citées plus haut, la solution du problème de provoquer dans l'organisme humain une immunité artificielle, fondée sur les mêmes principes, ne serait que question de temps.

Il s'agit en effet de trouver une substance qui, introduite dans l'organisme, ait la propriété d'agir comme un fixateur, réveillant la réaction phagocytaire contre l'agent infectieux de la syphilis, ou mieux une substance qui ait la propriété de provoquer une production d'anticorps à immunité double contre l'agent infectieux et ses toxines.

Nous savions déjà que certains ferments étaient doués des deux groupes toxophore et haptophore

de la molécule de la toxine. Le ferment *lab*, par exemple, d'après les études de Morgenroth et de Myers et Bashford, serait doué d'un groupe haptophore et d'un groupe zymophore qui le rapprocherait des toxoïdes.

Sur ces données, ayant commencé, il y a environ cinq ans, des études sur l'argent colloïdal, qui depuis peu avait été introduit dans la thérapeutique par Crédé, je fus porté par mes expériences à soupçonner que cette substance agissait sur l'organisme animal comme un ferment soluble doué des deux groupements toxophore et haptophore, ou peut-être du seul groupe haptophore. Voici dans quelles circonstances j'eus à essayer ce médicament dans le traitement de la syphilis et comment j'eus à me convaincre que mes prévisions étaient plus fondées que je n'aurais osé l'espérer.

Je reçus, un jour, dans ma clinique privée, la visite d'un jeune homme, qui était porteur de trois

chancres, dont le siège était la lame interne du prépuce, du côté gauche.

Après un court examen, je posai nettement le diagnostic de chancre simple, non syphilitique. La forme ovalaire de ces ulcérations chancrelleuses, leur multiplicité, leur aspect enfin me forçaient à en conclure ainsi. Il ne s'agissait pas en effet d'une érosion superficielle, comme cela arrive presque toujours dans l'accident initial de la syphilis, mais c'étaient de véritables cavités creusées au milieu du tissu ambiant et l'on pouvait y remarquer les bords taillés à pic, la base souple, le fond inégal et mamelonné et enfin un écoulement abondant de pus. Une légère adénopathie inguinale accompagnait l'ulcération et, au dire de mon client, ce qui fixa définitivement mon diagnostic, le coït infectant n'avait eu lieu que quelques jours avant l'apparition de ce chancre multiple.

J'instituais de suite le traitement, qu'on emploie d'ordinaire dans ces cas : pansement avec tampons

de coton hydrophile trempés dans une solution de nitrate d'argent à 3 pour 100, et à la suite de ce traitement les chancres semblaient évoluer, comme tous les chancres mous, vers une cicatrisation complète.

Malheureusement, après une semaine de ce traitement, pendant laquelle la tendance à la guérison s'était accentuée, le jeune homme dut partir à cause d'affaires. Pendant son absence, il négligea de se soigner, croyant peut-être sa guérison l'affaire de jours. A son retour, il vint me trouver, mais l'aspect du chancre n'était pas le même qu'à son départ.

Les trois ulcérations étaient devenues une seule, dont le fond s'était élevé ; toute suppuration était supprimée, la couleur passée au rouge brun, caractéristique, la base indurée et les bords formaient une saillie en bourrelet.

En même temps l'adénopathie inguinale avait atteint plusieurs ganglions, qui au palper se mon-

traient durs, indolents et de consistance chondroïde.

En examinant mon malade, je pus découvrir sur la peau au sommet du sternum une roséole initiale typique, qui ne pouvait laisser aucun doute sur le genre d'infection qui débutait ainsi chez mon client.

Son teint pâle, maladif, cachectique, un commencement de courbature, tout chez lui indiquait qu'il était en pleine poussée syphilitique.

Est-ce donc que mon premier diagnostic était erroné ?

Je ne le crois pas.

Etions-nous en présence d'un chancre mixte ?

Je n'oserais ni l'affirmer ni le nier.

Le fait est que je me trouvais en présence de symptômes syphilitiques incontestables, et je me hâtai d'instituer sur-le-champ le traitement mercuriel classique.

Malheureusement, peu de jours après, mon client vint me trouver en déclarant que la cure mercurielle lui était tout à fait intolérable, et refusa, même sur ma requête, de se soumettre à des injections hypodermiques de composés hydrargyriques solubles.

En vain je le mis en garde contre les dangers auxquels il s'exposait en ne se soignant pas; il ne voulut rien entendre à ce sujet.

J'étais au désespoir : je ne pouvais pas cependant abandonner cet homme à son triste sort, sans tenter quelque chose pour le sauver.

Je m'avisai alors de recourir à l'argent colloïdal : je lui proposai et il consentit à se faire deux fois par semaine des frictions avec deux ou trois grammes de pommade au collargol d'après la formule de Crédé. Les frictions devaient être espacées de quelques jours l'une de l'autre et elles pouvaient être pratiquées sur la région antérieure,

face interne de l'avant-bras (1), pendant dix à quinze minutes, c'est-à-dire jusqu'à l'absorption complète du médicament par les lymphatiques du derme.

Quant à l'ulcération qui, à mon avis, était devenue phagédénique, je me bornai à lui prescrire des pansements bi-quotidiens avec l'airol en poudre et incorporé à la gaze.

Ce n'est pas que j'eusse grand espoir dans ce traitement, mais dans ma pensée il ne devait être qu'un acheminement à une cure plus radicale.

Mais quel ne fut pas mon étonnement lorsque, recevant quelques semaines plus tard mon malade, je pus constater qu'à la suite de ce nouveau traitement, non seulement toute roséole avait dis-

(1) Les frictions aux aînes ou sous les aisselles, parties bien plus riches en vaisseaux lymphatiques, sont naturellement plus énergiques, mais elles risquent aussi de gêner ou de dégoûter les malades, chose qu'il me fallait éviter à tout prix.

paru, que le teint du malade était redevenu naturel, sa bonne humeur avait repris le dessus, mais, en observant le chancre, je pus constater qu'il avait perdu sa coloration rouge brune, qui est le caractère le plus saillant du chancre syphilitique, aussi bien que toute induration chondroïde soit des tissus avoisinants soit des ganglions lymphatiques s'était sensiblement affaissée; en un mot, le chancre avait repris son aspect de chancre simple avec en plus une suppuration abondante.

L'ulcèration ainsi traitée, évolua comme tous les chancres mous et en quatre semaines elle parvint à sa guérison complète, pendant que toute adènopathie inguinale se résorbait.

Par la suite, j'ai vu plusieurs fois mon patient; il jouit d'une excellente santé et il ne s'est jamais douté du danger auquel il venait d'échapper par un heureux hasard.

Les conclusions, que je pouvais tirer de ce fait, étaient nombreuses; cependant, avant de les déduire, j'ai voulu avoir d'autres preuves à l'appui.

En effet, j'ai réussi, avec la plus grande aisance, à transformer en chancres simples tous les chancres syphilitiques que j'ai traités depuis cette époque par cette méthode, leur résorption n'ayant jamais été suivie d'une manifestation syphilitique.

De ces prémisses et de l'expérience que j'ai acquise à ce sujet, voici à mon avis les conclusions qui en découlent :

L'argent colloïdal ou collargol est un nouveau spécifique pour le traitement de la syphilis.

Il est sans contestation préférable au mercure, parce qu'il a la même action de fond sur les accidents primaires et secondaires de la syphilis, sans toutefois endommager nullement l'économie des malades : il a la même action vis-à-vis des accidents tertiaires, action dont le mercure est au contraire complètement dépourvu.

Le débat entre unicistes et dualistes peut désormais trouver sa solution rationnelle.

En effet, les dualistes soutiennent qu'il y a un

chancre simple, qui n'est pas susceptible de se transformer en chancre induré. On prétend même avoir trouvé son agent spécifique, le bacille de Ducrey, qui se présenterait sous l'aspect d'un bacille court et trapu, à peine plus long que large, aux extrémités arrondies et toujours plus colorées que le centre. Il se présenterait aussi sous la forme de chaînettes: il se colore par le violet de gentiane, il ne prend pas le Gram.

On a élevé plusieurs doutes sur la spécificité de ce bacille; on n'a jamais par exemple réussi à reproduire la maladie par l'inoculation de ses cultures pures. Donc tout diagnostic, basé seulement sur la présence de ce bacille dans un chancre, risquerait fort probablement de recevoir un démenti formel par les faits.

A notre avis il ne s'agit là que d'un saprophyte vulgaire, d'un streptocoque, dont la virulence aurait été exaltée au contact des produits toxiques de l'agent pathogène de la syphilis.

Une preuve indirecte de ce que nous avançons ici, nous la trouvons dans le fait que nombre d'ulcérations *syphilitiques tardives* peuvent non seulement per leurs caractères extérieurs rappeler complètement le chancre simple (même profondeur avec destruction du derme, mêmes bords élevés, à pic, irréguliers, même fond jaunâtre, inégal, anfractueux) mais en en raclant la surface et en faisant une lamelle du pus ainsi recueilli, on peut quelquefois y déceler la présence du bacille de Ducrey.

Ce sont des symbioses microbiennes très fréquentes dans les maladies infectieuses qui entraînent souvent des modifications profondes, même morphologiques, dans les bactéries les plus communes et il faut avoir une grande expérience en microscopie pour ne pas se méprendre sur leur vraie nature.

D'autre part, les dualistes ont été obligés à reconnaître l'existence d'un chancre mixte, c'est-

à-dire d'un chancre qui à sa période initiale présente tous les caractères d'un chancre mou, mais qui à un moment donné peut revêtir l'aspect et la forme du chancre syphilitique et être suivi d'une syphilis généralisée.

Comment expliquer ce fait qui, quoique rare, n'ébranle pas moins toute la théorie dualiste.

L'hypothèse la plus vraisemblable nous paraît la suivante :

Il y a des organismes qui, soit à cause d'une espèce d'immunité héréditaire, soit à la suite d'autres maladies souffertes et vaincues, jouissent d'une phagocytose naturelle trés vive. Aussitôt que ces organismes sont envahis par le virus syphilitique, ils réagissent vis-à-vis de celui-ci d'une façon plus accentuée que d'autres organismes qui ne sont pas dans les mêmes conditions physiologiques. Il arrive alors que, bien qu'on ne connaisse pas d'immunité proprement dite contre la syphilis, chez ces individus le phénomène initial

de la syphilis peut revêtir l'aspect et la forme d'un chancre simple et, un traitement rationnel aidant, se résorber et disparaître sans être suivi d'aucune autre manifestation.

Cependant, dans la plupart des cas, ce même accident initial, négligé ou abandonné à lui-même, peut reprendre ses vrais caractères et devenir une ulcération syphilitique, et cela parce que, n'existant pas une vraie et propre immunité contre l'agent pathogène de la syphilis, celui-ci a pu reprendre sa virulence, ne trouvant plus ni dans l'alexine ni dans la substance fixatrice du sang normal une opposition suffisante à son développement.

Le cas inverse peut aussi se vérifier. Un chancre mixte peut débuter par la période syphilitique et peu à peu se creuser et prendre tous les autres caractères du chancre simple. Ce cas-ci est de beaucoup plus rare que l'autre qui débute par les apparences chancrelleuses. Il s'observe, en particulier, chez des sujets atteints à la fois de chancre

4

syphilitique et de chancres simples, chez lesquels le pus des derniers vient s'inoculer à la surface du premier. En pareil cas, la surface du chancre induré perd son état lisse et sa couleur spéciale et les caractères chancrelleux se mélangent et se substituent aux caractères syphilitiques de l'ulcération. (Du Castel).

Mais, ainsi que nous venons de le dire, ces cas sont très rares, voire même uniques : on peut les ranger à côté de ceux que nous avons rapportés tout à l'heure pour constater l'existence, dans certaines circonstances spéciales, d'une immunité naturelle contre la syphilis. Ici la réaction phagocytaire n'est pas contestable et nous y trouvons une nouvelle preuve des symbioses microbiennes, que nous venons de mentionner plus haut.

En résumé, nous ne saurions pas pourquoi l'on ne devrait pas admettre dans l'infection syphilitique le même procès, qu'on reconnaît dès à présent comme un fait acquis à la science pour toutes les autres infections.

L'hypothèse, que nous venons de formuler et qui envisage le chancre simple, le chancre syphilitique, leur présence simultanée et leur transformation (chancre mixte) sous ce jour nouveau, nous permet d'expliquer nombre de faits, qui sont restés jusqu'ici sans réponse.

On s'explique ainsi aisément les conclusions, auxquelles arrivait dans sa *Pathologie und Therapie der Syphilis* le célèbre et regretté professeur Kaposi et dont nous allons reproduire ici les plus saillantes :

« Il n'est pas rare — dit-il — que le chancre mou, avec ou sans bubon suppuré, soit suivi d'une syphilis généralisée.

« Le chancre induré, se présente, *dans la plupart des cas*, à ses débuts sous l'aspect d'un chancre mou (pustule sans incubation) ; l'induration se développe au cours de la deuxième ou troisième semaine, souvent déjà au troisième ou cinquième jour ; il est de règle qu'une syphilis généralisée suive.

« Le chancre présente une induration typique et dans quelques cas rares, mais authentiques, les accidents généraux font défaut.

« Quand un noyau d'induration typique a été excisé à temps, l'infection générale a fait défaut, non pas toujours, mais déjà dans un assez grand nombre de cas. Cette constatation et la précédente montrent que la théorie dualiste allemande, qui veut que le chancre induré soit la première manifestation d'une infection générale déjà existante, est tout à fait inacceptable.

« L'inoculation expérimentale des sécrétions des accidents syphilitiques n'a donné ni un chancre mou, ni un chancre induré, mais une papule à laquelle manquaient les caractères prétendus du chancre induré.

« Souvent la syphilis généralisée se montre à la suite d'un accident primitif n'ayant les caractères ni du chancre mou, ni du chancre induré, ni de la sclérose, ni d'une papule, mais d'une ulcéra-

tion phagédénique ou diphtérique ou d'une simple érosion. Ceci est encore en contradiction avec l'affirmation des dualistes que la syphilis commence toujours par un chancre induré, une induration scléreuse ou une papule.

« Il existe des cas bien constatés de syphilis sans accident primitif, sans trace d'ulcération ou de papule au niveau de l'inoculation.

« On a constaté que l'inoculation d'un chancre simple pouvait donner naissance à un chancre induré et à la syphilis (Langlebert). Le pus d'un chancre induré en suppuration peut donner naissance chez un sujet sain à un chancre mou, non suivi de syphilis. Il y a des exemples de chancres simples sans syphilis, contractés au contact d'un sujet en puissance de syphilis au moment du coït. A cela les dualistes ne savent rien objecter de mieux que l'insuffisance des observations. Baumler, un dualiste, déclare que la forme et l'état du chancre sont indifférents. »

Maintenant que nous pouvons, à l'aide de l'argent colloïdal, obtenir la transformation d'un chancre, reconnu syphilitique d'emblée, en ulcération simple, c'est-à-dire lui faire perdre ses caractères spécifiques et principalement son induration et sa couleur, — chose qu'on n'a jamais obtenue par aucun autre médicament —, maintenant, dis-je, nous avons la preuve évidente que celle, qui n'était qu'une hypothèse, répond vraiment à la réalité des faits.

Nous consacrerons tout particulièrement le dernier chapitre de cet ouvrage à l'étude de l'action, qu'exerce avec toute probabilité sur l'organisme humain le traitement que nous préconisons contre la syphilis.

Cependant nous ne saurions nous passer pour le moment d'énumérer quelques-uns des effets les plus remarquables de cet énergique agent thérapeutique, aussitôt qu'il se trouve en contact du sang et des humeurs, en les comparant aux effets

correspondants que produisent le mercure et l'iode.

Qu'il nous soit permis d'abord d'insister sur ce point, déjà établi et reconnu en thérapeutique, à savoir que l'argent colloïdal n'est pas toxique : distinction essentielle, qui le différencie du mercure et de l'iode, qui sont tous les deux toxiques, bien qu'à de différents degrés.

Aussitôt que l'argent colloïdal, soit par frictions, soit par injections hypodermiques ou intraveineuses, pénètre dans l'organisme, sa première action c'est la neutralisation des toxines élaborées par les microbes dans l'économie animale.

C'est précisément à cette action neutralisante, qu'il faut inscrire cette sensation de froid, ces frissons (du reste sans conséquences) que ressent le malade lors des premières applications de ce remède. Ces frissons sont dus sans contestation à la résorption des toxines par l'organisme sous l'action de ce merveilleux agent.

Cette neutralisation des toxines est un fait d'une grande importance, non seulement parce qu'il nous prouve qu'il nous est possible de provoquer une production d'anticorps, mais aussi parce que la résorption des toxines ne peut que faciliter l'autre action que déploie notre agent dans l'organisme et que nous aurons l'occasion d'examiner plus tard, c'est-à-dire la réaction phagocytaire.

C'est vrai que le pouvoir anti-infectieux et le pouvoir anti-toxique sont deux fonctions bien distinctes et que la phagocytose peut se produire dans la plupart des cas sans besoin d'une action préalable des humeurs pour neutraliser les toxines correspondantes, mais il est hors de doute que la réaction cellulaire s'accomplira avec une plus grande probabilité de succès lorsqu'on aura enlevé aux microbes leur arme de combat ou au moins affaibli leurs produits toxiques.

Nous savons, d'après les études de M. Ehr-

lich (1), que ces produits toxiques des bactéries ont une constitution extrêmement complexe.

Le savant allemand constata en effet que dans les bouillons de culture, spécialement ceux fabriqués par le bacille diphtérique, il y avait deux sortes de produits engendrés par le bacille de Löffler : 1° *toxines* ; 2° *toxones*. Ce deuxième produit est moins et autrement toxique que la vraie toxine diphtérique, mais toutes les deux substances ont la propriété de fixer l'anticorps spécifique et possèdent par conséquent le même groupe haptophore. Le complexe toxophore des toxones exerce pourtant sur l'organisme une action plus faible et sensiblement différente de celle du groupe toxophore des toxines (absence de pouvoir nécrosant, production de paralysies tardives).

Nous observons ici en passant qu'on pourrait étendre cette notion des *toxines* et des *toxones*

(1) Deutsche medic. Wochenschr. 1898.

aussi aux produits toxiques des autres bactéries, non seulement dans les milieux de culture mais aussi dans l'organisme vivant. On trouverait peut-être alors dans cette différentiation entre *toxines* et *toxones*, la raison de l'allure différente des diverses maladies. On pourrait supposer en effet que dans les maladies aiguës, à marche rapide, les bactéries élaborent des produits où les toxines sont en excès par rapport aux toxones : c'est le cas inverse qui se produirait dans les maladies chroniques, parmi lesquelles on doit ranger la la syphilis. Cela soit dit, tout en faisant sa part à la réaction cellulaire de l'organisme dans la lutte contre l'agent infectieux.

M. Ehrlich admet encore dans tout bouillon diphtérique l'existence de produits de modification des toxines, en dehors de l'action du microbe, ayant une toxicité nulle et pourtant capables de fixer l'anticorps, et qu'il appelle *toxoïdes*. Ce sont des toxines, qui ont perdu leur groupement toxophore,

capable d'empoisonner l'organisme, tout en ne conservant que leur groupement haptophore.

L'immunisation par les toxoïdes serait donc bien plus sûre et moins dangereuse que celle par les toxines, et c'est précisément à l'action de ces toxoïdes, dont la molécule aurait conservé le seul complexe haptophore, que je rapprocherais l'action de l'argent colloïdal sur l'organisme vivant. Il ne serait qu'un ferment soluble, dont la molécule est douée du seul groupement haptophore capable de fixer l'anticorps et d'en provoquer la production.

De ce que nous venons d'exposer, on peut saisir l'importance d'avoir un antisyphilitique, tel que l'argent colloïdal, qui ne soit pas toxique. En effet, en sérothérapie lorsqu'il s'agit d'immuniser des individus malades, dont la sensibilité est par conséquent augmentée, on conseille en premier lieu l'emploi des toxoïdes (Ehrlich) ; d'autant plus donc dans la syphilis nous devons maintenant

nous réjouir de posséder dans l'argent colloïdal un agent thérapeutique de premier ordre et qui, à différence du mercure, n'est pas toxique.

Le second effet remarquable de l'argent colloïdal sur l'économie, c'est son action stimulante sur les organes hémapoiétiques (ganglions, rate, moëlle des os).

Dans les périodes primaire et secondaire de la syphilis, on remarque un degré plus ou moins accusé d'anémie avec pourcentage élevé de lymphocytes; cette anémie est persistante, surtout dans la période secondaire et quelquefois rebelle à tout traitement.

L'argent colloïdal ramène avec une rapidité surprenante le nombre des globules rouges et blancs à leur taux normal et l'examen du sang, fait à diverses reprises pendant le traitement que nous préconisons, nous montre que la reconsti-

tution du sang s'opère sans interruption jusqu'à la complète guérison du malade.

Est-ce qu'on peut dire que le mercure exerce une action, comparable à celle-ci, sur les organes hématopoiétiques ?

Les opinions des observateurs sont très partagées à ce sujet.

Les uns (1) soutiennent qu'il y a augmentation des globules rouges et une légère leucocytose pendant les premiers temps de l'administration du remède ; mais le taux des globules rouges et blancs, ainsi que la valeur globulaire, peut descendre au-dessous de la normale, après avoir atteint un maximum variable, avec la prolongation du traitement.

D'autres auteurs soutiennent au contraire que le traitement mercuriel n'exerce pas d'influence

(1) Voir Bibliographie.



ni sur l'hémoglobine ni sur le nombre des globules rouges et blancs.

MM. Oppenheim et G. Löwenbach, par exemple, ont abouti dans leurs recherches aux conclusions suivantes (1) :

« 1° Dans la syphilis constitutionnelle, avant que le malade soit soumis au traitement, le fer et l'hémoglobine de son sang sont diminués ;

« 2° Le traitement mercuriel n'exerce pas d'influence régulière sur la proportion de fer et d'hémoglobine ;

« 3° Avant le traitement et pendant le traitement, le nombre d'hématies reste normal et présente des variations dans des limites physiologiques ;

(1) Blutuntersuch. bei constitut. Syphilis unter dem Einfl. der Quecksilbertherapie, etc. Deut. Arch. f. Klin. Medic. 1901, p. 425.

« 4° Le nombre des leucocytes n'est augmenté ni avant ni pendant le traitement ;

« 5° Il a été impossible de trouver du fer dans le sérum aussi bien avant que pendant le traitement ;

« 6° Les résultats de ces recherches n'ont pas été influencés par le mode d'administration du mercure (frictions, injections intramusculaires ou intra-veineuses). »

Mais s'il est impossible, sur ces données, un tant soit peu contradictoires, de venir à des conclusions concrètes au sujet de l'action du traitement mercuriel sur les hématies ; nous pouvons cependant être fixés sur un point, c'est-à-dire que le mercure n'exerce aucune action sur les éléments vivants, proprement dits, de l'organisme, les phagocytes.

Le phénomène de la stomatite, qui accompagne presque toujours l'administration du mercure, ne peut nous laisser aucun doute à ce sujet.

On a tenté d'expliquer ce curieux phénomène par les réactions chimiques, auxquelles donnerait lieu l'élimination des sels mercuriels qui s'effectue du côté de la bouche et de l'appareil digestif. Cette explication ne nous satisfait pas, parce que dans l'organisme vivant il n'y a pas de réaction chimique qui puisse avoir lieu sans le concours des éléments cellulaires et la transformation chimique des sels mercuriels ne peut par conséquent jouer qu'un rôle subordonné dans le mécanisme de la stomatite.

Nous savons en effet que la cavité buccale renferme une flore microbienne très riche (Leptothrix, Spirochæte, pneumocoques, staphylocoques, streptocoques, etc.) (1). Cependant, malgré la présence de si nombreuses bactéries, les plaies de la bouche, à l'état normal, guérissent avec la plus grande facilité. On a cherché d'expliquer ce

(1) M. Miller: Die Mikroorganismen der Mundhöhle, 1892.

fait, en supposant un pouvoir antiseptique à la salive (Sanarelli). Mais on a dû renoncer à cette opinion, parce que les petites quantités de sulfocyanure de potassium, que renferme la salive, se sont montrées incapables de détruire les microbes. D'après E. Metchnikoff (1), la salive débarrasse la bouche des microbes, non seulement par voie mécanique, en les entraînant de la cavité pharyngienne dans l'estomac ; mais, grâce aux produits microbiens et aux diastases qu'elle renferme, la salive est capable de provoquer une chimotaxie positive chez les leucocytes. Les leucocytes sont très nombreux dans la bouche et les amygdales en fournissent de grandes quantités. Si donc la stomatite éclate chez les sujets mercurialisés — et elle s'accompagne toujours avec une prolifération abondante des microorganismes de la bouche —, il faut en conclure que les sels

(1) l. c. ch. XIII.

mercuriels détruisent les leucocytes ou tout au moins empêchent leur chimiotaxie positive vis-à-vis des bactéries de la cavité buccale. La carie dentaire, qui s'en suit, n'est qu'une conséquence de cette action anti-phagocytaire du mercure.

Mais si le mercure n'a pas d'action sur les organes phagocytaires (foie, rate, ganglions lymphatiques, moëlle des os), — parce que nous devons supposer, jusqu'à preuve contraire, que les mêmes phénomènes qui se passent dans la cavité buccale, se passent aussi dans l'intimité de l'organisme, — comment peut-on expliquer l'action indéniable, quoique passagère, que le mercure exerce sur les manifestations syphilitiques de la peau et des muqueuses ?

L'explication la plus vraisemblable nous paraît la suivante :

Le mercure et ses composés, corps chimiquement définis, sont incapables, comme tous les poisons minéraux — exception faite pour l'arsenic (Bes-

redka) — et les alcaloïdes, de contracter avec les parenchymes de vraies combinaisons chimiques et spécifiques : ils ne peuvent donc pas produire des antitoxines. On pourrait plutôt comparer l'action du mercure et de ses composés sur certains groupements cellulaires à des phénomènes de dissolution *(Starre-Lösung)*.

La présence du mercure dans le sang et la lymphe de l'organisme n'aurait donc d'autre effet que de produire une dissolution, une avarie, plus ou moins prononcée, des globules blancs qui laisseraient alors échapper leur contenu, c'est-à-dire la cytase, ce qui aurait pour conséquence immédiate de rendre le plasma et le sérum sanguin, ainsi que les autres humeurs, nettement cytasiques. C'est donc à la cytase, échappée des leucocytes, lésés par le poison mercuriel, qu'il faut attribuer les améliorations éphémères, mais quelquefois merveilleuses, que l'on observe lors de l'administration de fortes doses de mercure. Malheureu-

sement cette *phagolyse* n'étant pas suivie par un afflux quelconque de nouveaux leucocytes, c'est-à-dire par des phénomènes phagocytaires, la prolongation du traitement mercuriel ne peut aboutir qu'à la ruine de l'organisme.

Une preuve de la vérité de cette hypothèse nous l'avons dans le fait que le mercure n'a presque pas d'action ni dans l'hérédo-syphilis ni dans le tertiarisme.

On a depuis longtemps renoncé à traiter les formes parasyphilitiques par les sels mercuriels en vue des fâcheuses conséquences qui en résultaient. En effet, dans la syphilis tertiaire les éléments vivants ont été réduits à ne pouvoir pas empêcher les toxines syphilitiques d'arriver jusqu'aux centres nerveux ; dès lors, non seulement le mercure ne peut avoir aucune action sur des leucocytes déjà lésés et avariés, mais il exerce son action néfaste sur la cellule nerveuse désormais sans défense.

Rien de semblable n'arrive avec l'introduction de l'argent colloïdal dans l'organisme. Nous verrons, en étudiant son action dans l'économie humaine, qu'il provoque aussi une légère *phagolyse,* qui a pour but de rendre bactéricides les humeurs, mais cette *phagolyse* est suivie par un apport considérable de nouveaux phagocytes, par une hyperleucocytose très prononcée; c'est précisément ce qui arrive dans le mécanisme bien connu de la résorption des éléments figurés du sang. C'est donc comme un vrai sérum spécifique qu'il agit.

On ne saurait rien imaginer de plus aisé, de plus commode, et de moins gênant que ce traitement, tel que nous le préconisons dans cet ouvrage.

Nous ne voudrions pas cependant qu'on puisse-croire que les délais et les intervalles de repos, que nous prescrivons pour l'application du remède, soient établis dans le simple but de la com-

modité des malades. Ces atermoiements puisent au contraire leur raison d'être dans des causes physiologiques et biologiques très variées.

Le médicament est très énergique et une application plus fréquente, que celle par nous fixée, entraînerait probablement une saturation des macrophages et une répercussion sur le système nerveux, qu'il vaut mieux éviter. J'aurai occasion de revenir sur ce point au dernier chapitre de cet ouvrage: il me suffit pour le moment de noter que dans ma pratique j'ai eu maintes fois l'occasion d'observer quelque léger degré d'albuminurie chez des malades rebelles, qui, dévorés par l'envie de guérir au plus tôt, ne s'étaient pas tenus à mes prescriptions et avaient voulu forcer le traitement. Cette légère albuminurie disparut dès qu'ils se conformèrent exactemet à mes instructions.

Mais les plus beaux succès, c'est en traitant par cette nouvelle méthode les enfants hérédo-syphilitiques, que je les ai obtenus. Je suis flatté de ces succès à un triple point de vue :

1° Parce qu'on était auparavant complètement désarmé vis-à-vis des enfants entachés d'hérédo-syphilis ; on devait se borner à en combattre les manifestations au fur et à mesure qu'elles se présentaient ;

2° Parce que j'ai pu constater avec mes yeux la vérité de ce principe physiologique, à savoir que la tendance régénératrice des tissus est d'autant plus active que l'individu est moins élevé en organisation, et plus jeune, à la condition pourtant que le médicament, dont on use, soit vraiment approprié ;

3° Parce que le vrai danger social de la syphilis consiste précisément dans la syphilis conceptionnelle et dans l'hérédo-syphilis.

C'est un bien mesquin système que celui, adopté

par certains auteurs (1), de peindre la syphilis comme une intoxication de peu d'importance. C'est au contraire une maladie très grave, je dirai même la plus grave de toutes les infections, parce qu'elle ne se contente pas de frapper l'individu, mais elle frappe aussi la famille et la race.

Avant d'avancer nos études et rechercher les raisons de cette nocivité toute particulière de la syphilis, il faut qu'il ne reste pas de doute à ce sujet dans l'âme du lecteur.

Cependent si nous tentions une description, tant soit peu outrée, des conséquences héréditaires de la syphilis, nous risquerions probablement qu'on ne nous crût pas, ou au moins on pourrait soupçonner que nous exagérons dans le but de donner à la matière, par nous traitée, une importance supérieure à celle qu'elle mérite.

(1) A. Després. Trait. de la syphilis. Paris 1873, p. 379 et 290.

Force en est donc de recourir à des auteurs qui soient hors de l'atteinte du soupçon et surtout aux écrits du plus célèbre entre eux, à celui qui a fait de la syphilis l'étude et l'occupation de toute sa vie, je veux parler du professeur A. Fournier. Si ce grand savant n'avait d'autre mérite que celui d'avoir dénoncé le danger social de la syphilis, il aurait déjà de ce seul chef bien mérité de l'humanité.

En renvoyant nos lecteurs, qui voudront faire de la question une étude approfondie, aux œuvres du professeur Fournier que nous avons rapportées dans notre bibliographie, nous empruntons au rapport, maintes fois cité (1), un résumé de ses études et de ses recherches au sujet de la syphilis héréditaire.

(1) A. Fournier: Danger social de la syphilis. Rapport présenté à la conférence internationale de Bruxelles pour la prophylaxie des maladies vénériennes, 1899.

C'est un tableau clinique complet, qui contemple les dangers de l'infection syphilitique pour ce qui concerne la syphilis conceptionnelle, pour ce qui concerne la syphilis héréditaire, et enfin pour ce qui regarde les générations successives.

C'est un thème que personne ne saurait traiter avec plus de compétence et d'autorité que lui :

« Conséquences héréditaires, voilà par excellence le danger social de la syphilis. Ces conséquences, il n'est qu'un mot pour les qualifier. Elles sont *épouvantables* et ce mot ne sera que trop légitimé par ce qui va suivre.

« Oh ! sans doute, ces conséquences héréditaires ne sont pas fatales, inéluctables. Car, s'il en était ainsi, la syphilis serait le plus actif de tous les facteurs de dépopulation, ce qu'elle n'est pas, grâce au ciel. Et je m'empresse de dire que son influence héréditaire peut être contrebalancée,

amoindrie, voire annihilée par le traitement spécifique. Aussi bien est-il absolument commun de rencontrer des sujets qui, bien que syphilitiques, ont engendré des enfants bien portants et indemnes de toute tare.

« Mais, insuffisammeut traitée, ou, *a fortiori*, abandonnée à son évolution propre, la syphilis se montre singulièrement nocive pour les jeunes, nocive de bien des façons et bien souvent aussi nocive jusqu'à la mort. On a dit qu'elle tuait les jeunes par « hécatombes », et le mot n'a rien d'exagéré. Reste à ajouter seulement qu'elle se réserve de les tuer à divers âges. Ainsi :

« Elle les tue le plus souvent dès les premiers mois de la conception. De là l'*avortement syphilitique*, célèbre par sa fréquence ;

« Elle les tue souvent aussi à une époque plus avancée de le grossesse, à savoir dans les derniers mois de la gestation. De là l'*accouchement prématuré*, encore éminemment commun ;

« Elle les tue à leur *naissance*. Que d'enfants hérédo-syphilitiques ne voient le jour que pour mourir après quelques heures !

« Elle les tue, et cela avec une fréquence connue de tous, dans leurs *premières semaines* (1).

« D'autres fois encore, elle les laisse vivre un certain temps, quelques années par exemple, voire jusqu'à la seconde enfance, voire jusqu'à l'adolescence, pour les tuer à long terme par quelque lésion relevant de ce qu'on a appelé la *syphilis héréditaire tardive*, plus commune, infiniment plus commune, qu'on ne le croit généralement, parce que, généralement, elle reste méconnue.

« Un second fait, non moins essentiel à noter,

(1) Ainsi une statistique officielle de l'Assistance publique donne un total de 458 enfants morts sur 996 naissances issues de femmes syphilitiques qui sont venues accoucher dans les hôpitaux de la capitale de 1880 à 1885.

Proportion de mortalité infantile : 40 p. c. (Note du Prof. Fournier).

est que, très fréquemment, cette action meurtrière de la syphilis se poursuit, s'entretient, se continue sur toute une série de grossesses. Ainsi, rien n'est plus commun que de rencontrer des familles où, du fait et du fait exclusif de la syphilis, il s'est produit toute une série de fausses couches, par exemple deux, trois, quatre. Sans parler même de ces cas, naturellement plus rares, où l'on a vu des avortements succéder *en série*, suivant le terme consacré, jusqu'au nombre de cinq, six, sept, huit, neuf, dix, onze, douze et même au delà. Exemple : Une de mes malades de Saint-Louis, femme bien constituée, mais syphilitique et mariée à un syphilitique, a commencé par faire *douze fausses couches*, et cela sans autre cause appréciable que son état diathésique. Plus tard, elle a eu quatre enfants, dont trois sont morts en tout bas age « de méningite », et dont le dernier, petit vieux rachitique et athrepsique, a dû, suivant toute probabilité, subir le sort de ses aînés.

« De même il est absolument commun de rencontrer des familles syphilitiques où, sans parler des avortements, plusieurs enfants venus à terme (ou presque à terme) ont succombé à divers âges et, le plus souvent, dans le tout jeune âge, du fait incontesté de la syphilis. C'est par milliers qu'on produirait les cas où la syphilis a tué de la sorte deux, trois, quatre, cinq enfants dans une même famille. Nombreux encore à citer seraient les cas où l'on a vu le quotient des décès s'élever plus haut et bien plus haut dans certaines familles.

« Exemples :

Cas du	Dr. Behrend	8 décès	sur	11	naissances
»	Dr. Tuhrman	8	»	11	»
»	Dr. Comby	8	»	11	»
»	Prof. Moncorvo	8	»	9	»
»	personnel (Pr. F.)	8	»	9	»
»	Prof. Pinard	9	»	11	»
»	Dr. Christian	9	»	10	»
»	Dr. Apert	9	»	10	»

»	Dr. Fuchs	10	»	14	»
»	Dr. Le Pileur	10	»	11	»
»	Dr. Bryant	11	»	12	»
»	Dr. Carré	11	»	12	»
»	personnel (Pr. F.)	11	»	16	»
»	Dr. Nobl	12	»	15	»
»	Davis	15	»	19	»
»	personnel (Pr. F.)	15	»	16	»
»	Dr. Ribemont-Dessaignes	18	»	19	»

« Aussi bien la syphilis aboutit-elle fréquemment à *anéantir en germe la postérité de certaines familles.* Il est des familles où elle fait le vide complet, où elle fait table rase. Exemples, entre des centaines d'autres cas analogues que j'aurais à produire, les observations suivantes :

Observ. de	Bertin	4	naiss.;	4	morts
»	Cazenave	4	»	4	»
»	du Dr. Artéaga	4	»	4	»
»	du Dr. Orlowski	4	»	4	»

»	du Dr. Legrand	4	»	4	»
»	du Dr. Hutinel	4	»	4	»
»	du Dr. Lemonnier	4	»	4	»
»	du Dr. Perrin	4	»	4	»
»	personnelle (Prof. F.)	4	»	4	»
»	»	4	»	4	»
»	»	4	»	4	»
»	du Prof. Pinard	5	»	5	»
»	du Dr. Hermet	5	»	5	»
»	du Dr. Hélène-Krykus	5	»	5	»
»	personnelle (Prof. F.)	5	»	5	»
»	»	5	»	5	»
»	du Dr. Tanner	6	»	6	»
»	du Dr. Trousseau	6	»	6	»
»	du Dr. Tardiff	6	»	6	»
»	du Dr. De Molènes	6	»	6	»
»	personnelle (Prof. F.)	6	»	6	»
»	»	6	»	6	»
»	du Dr. Hudelo	7	»	7	»
»	personnelle (Prof. F.)	7	»	7	»

»	»	7	»	7	»
»	du Dr. Erasmus Wilson	8	»	8	»
»	du Dr. Christian	9	»	8	»
»	du Dr. Bar	10	»	10	»
»	du Dr. Porak	11	»	11	»
»	Etc., etc.				

« Tout cela, d'ailleurs, est connu, tout cela même est devenu banal, depuis que de nombreux travaux ont été publiés sur ce point et que des milliers d'observations ont convergé dans le même sens, sans discordances, pour confirmer ces résultats. Si bien que la *polymortalité des jeunes* dans une famille est devenue de nos jours un signe usuel pour le diagnostic de l'hérédo-syphilis.

« Non pas, à coup sûr, que la syphilis soit seule à tuer les enfants de la sorte (car on sait que la tuberculose, l'alcoolisme, le saturnisme etc. exercent sur les enfants une influence de même ordre); mais, à coup sûr également, telle est la fréquence avec laquelle la syphilis sévit mortellement sur

6

les jeunes que cette polymortalité infantile ne saurait manquer d'éveiller un soupçon d'hérédité spécifique, soupçon que d'autres signes viennent le plus souvent confirmer.

« A ce qui précède, j'aurais maintenant à ajouter nombre de considérations non moins importantes et curieuses, si j'avais à faire œuvre ici de pathologiste. J'aurais à dire, par exemple, que cette nocivité héréditaire de la syphilis est variable d'intensité suivant l'âge de la maladie, etc., etc. Ainsi il est acquis de par la statistique que :

« 1° Quant à la provenance, l'hérédité *paternelle* est celle qui se traduit par la mortalité moindre (28 p. c.) ; l'hérédité *maternelle*, infiniment plus dangereuse, comporte une mortalité plus que double de la précédente, à savoir : 60 p. c. — enfin, l'hérédité mixte est celle qui fournit le maximum de mortalité avec le chiffre de 68 p. c. (1).

(1) Statistique empruntée à mon livre sur l' « Hérédité syphilitique. Paris 1891. (Note du Prof. Fournier).



« 2° Cette nocivité héréditaire de la syphilis varie notablement suivant les *milieux sociaux*. En ville, la mortalité des enfants issus de mères syphilitiques varie de 60 a 61 p. c. (approximativement). A l'hôpital, je l'ai vue s'élever jusqu'à 84, voire 86 p. c. — Ce dernier chiffre, à la verité, cet épouvantable chiffre, m'a été fourni par une statistique recueillie à Lourcine, hôpital où abondent de jeunes prostituées libres, recherchant bien plutôt que craignant la fausse couche et se traitant en conséquence.

« 3° Enfin, il ressort de l'expérience que cette nocivité héréditaire se montre très inégale suivant l'âge de la syphilis. Elle atteint son maximum dans les trois premières années de la maladie pour décroître au-delà. En sorte que, bien certainement, le temps affaiblit, atténue et finit même (mais lentement) par annihiler l'influence hérédo-syphilitique.

« Quelque sommairement qu'il me soit imposé de toucher ces divers points, comme tant d'autres afférents au même sujet, il en est un cependant auquel, en raison de sa haute importance, je dois ici une mention particulière. Celui-ci est relatif à l'extraordinaire malignité qu'est susceptible de revêtir l'influence hérédo-syphilitique, alors qu'elle s'exerce dans les premiers temps de la maladie. Elle atteint alors vraiment un *fastigium de nocivité* qui dépasse tout ce qu'on pourrait croire. (1).

« Ainsi, j'ai vu, de mes yeux vu ceci :

« 90 femmes, contagionnées par leurs maris, sont devenues enceintes dans la *première année* de leur syphilis. Or, à quels résultats ont abouti ces 90 grossesses ?

(1) Nous donnerons après l'explication physiologique de ce fait, exactement vrai, ainsi que des autres mentionnés plus haut.

(N. de l'A.).

« 50 se sont terminées par avortement ou expulsion d'enfants mort-nés;

« 38 par naissance d'enfants qui se sont rapidement éteints;

« et 2 (2 seulement!) per naissance d'enfants qui ont survécu.

« Et cette hécatombe d'enfants — qu'on veuille bien noter ceci — où l'ai-je observée? Non pas à l'hôpital, non pas à Lourcine, c'est-à-dire dans un milieu social inférieur, où des conditions diverses de mauvaise hygiène, de surmenage, de misère, de débauche, etc., constituent d'indéniables prédispositions à l'avortement, mais bien *en ville,* j'ai besoin de le préciser, en ville et dans ma clientèle privée, c'est-à dire dans des familles bourgeoises ou même aristocratiques, sur des femmes jeunes, bien constituées et bien portantes pour la plupart, jouissant de tous les privilèges de l'hygiène et de la fortune. Cette première année de l'infection est donc par excellence l'*année terrible* au point de vue de l'hérédité.

« Enfin, un dernier ordre de dangers résulte de ces curieuses *dystrophies hérédo-syphilitiques* que l'on a commencé seulement à étudier depuis un certain temps et dont le nombre, par leur haute importance, constituent pour l'individu, comme pour l'espèce, de véritables stigmates de déchéance, d'abâtardissement, d'infériorisation, de dégénérescence.

« Ces tares héréditaires de la syphilis qui n'affectent pas la modalité syphilitique vraie, qui ne sont pas syphilitiques à proprement parler, revêtent le caractère de manifestations *dystrophiques*. (1).

« Elles consistent presque toutes, sous des formes variées à l'infini, en des défaillances natives du développement, aboutissant à des imperfections, à des incorrections organiques, à des

(1) Les dystrophies sont communes à d'autres états diathésiques, tels que la tuberculose, la cachexie palustre, etc. ; elles sont dues à un défaut de nutrition des tissus. (N. de l'A.).



formations enrayées ou défectueuses, à des déviations de type, etc., voire, dans leur degré le plus élevé, à des monstruosités véritables.

« De là, pour l'individu, un amoindrissement de vitalité et de résistance vitale ; de là, pour lui, une *infériorisation*, à des degrés naturellement très variés, par rapport à des individus mieux doués que lui, mieux armés que lui pour le *struggle for life* ; de là, en définitive, un acheminement, à des degrés proportionnels, vers la *dégénérescence*.

« Ces dystrophies de provenance hérédo-syphilitique, il faudrait déjà un volume pour les décrire. Force me sera donc, en ce qui les concerne, de m'en tenir ici à une mention des plus sommaires, ou plutôt à une simple énumération de têtes de chapitre.

« Avec l'auteur d'une récente monographie sur ce sujet (1), je crois qu'on peut les diviser natu-

(1) Dr. Edmond Fournier : Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis : Paris 1898.



rellement en trois groupes, de la façon suivante :

« 1° Les unes n'intéressent l'individu que d'une façon *partielle*, en l'affectant dans un système, dans un segment de système, voire dans un seul organe, isolément ;

« 2° Les autres constituent des modalités d'ordre *général*, qui portent sur tout l'être, qui l'affectent d'ensemble et dans toutes ses parties ;

« 3° D'autres, enfin, infiniment plus rares et malaisément définissables, se caractérisent par l'excès même de la dystrophie, et constituent des *monstruosités*.

« I. — Dans le premier groupe prennent place, à ne citer que les principaux, les divers types dystrophiques suivants :

« Dystrophies dentaires, extrêmement communes, comme on le sait, chez les hérédo-syphilitiques ; -- et dystrophies maxillaires (atrophie de l'os incisif, ogivalité palatine, bec de lièvre, etc.);

« Malformations crâniennes, à types très variés (grosse tête bosselée, crâne asymétrique, crâne natiforme ; – microcéphalie ; – hydrocéphalie, etc.) ;

« Dystrophies nasales ;

« Dystrophies oculaires ;

« Dystrophies auriculaires ;

« Dystrophies rachidiennes (scoliose ; spina bifida) ;

« Dystrophies des membres, de types extrêmement variés : hypotrophies, asymétries, élongations partielles, gigantisme, nanisme partiel, nanisme général (dont un spécimen, par exemple, a été offert par le célèbre nain Bébé qui, très certainement, était un hérédo-syphilitique), polydactylie, syndactylie, ectrodactylie, ectromélie, hémimélie, dystrophies pelviennes, luxation congénitale de le hanche, pieds-bots, etc. ;

« Dystrophies cérébrales et médullaires ; – surdi-mutité ;

« Dystrophies cardiaques et vasculaires ; – ma

ladie bleue; – aplasie congénitale du système vasculaire;

« Dystrophies génito-urinaires; ectopie testiculaire, cryptorchidie, infantilisme testiculaire, malformations utérines et ovariennes, etc.

« Et que d'autres ne suis-je pas forcé de passer sous silence!

« II. — Le second groupe constitué par des dystrophies d'ordre général et intéressant tout l'être, comporte trois types principaux bien connus, à savoir:

« 1° Celui des dystrophies originelles de constitution, de tempérament, de résistance vitale, se traduisant sous des formes diverses à divers âges de la vie.

« Dans le premier âge, cette dystrophie native est représentée par le type bien connu de l'*avorton syphilitique*, petit être rabougri, chétif, atrophié, débile au point de ne pouvoir ni têter ni crier, offrant le facies classique de ce qu'on a appelé la

décrépitude ou sénilité infantile, et ne venant au jour le plus souvent que pour s'éteindre à rapide échéance.

« Plus tard, elle se traduit par cet autre type plus rare, mais non moins authentique, de l'*enfant valétudinaire*, délicat, malingre, terreux d'aspect, pauvrement musclé, languissant, difficile à élever, toujours malade, ne sortant d'un état morbide que pour retomber dans un autre, prédisposé à toutes les contagions, notamment à celle de la tuberculose, etc.

« A tout âge, enfin, elle peut s'accuser par ce qu'abriévativement j'appellerai la *fragilité de vie*, c'est-à-dire par un quotient de vitalité inférieur au quotient normal, par une résistance aux maladies inférieure à la moyenne courante. Il est positif, en effet, que les hérédo-syphilitiques sont fréquemment emportés par des maladies qui ne comportent pas (au moins le plus souvent) de terminaison fatale. Dans le tout jeune âge, no-

tamment, on les voit parfois mourir de *rien*, si je puis ainsi parler, voire être enlevés subitement, inopinément, presque sans maladie; et nombreux sont les cas où, en pareille occurrence, l'autopsie la plus scrupuleuse reste muette comme interprétation des causes de la mort. — Dans un âge plus avancé, il n'est pas rare que les maladies des hérédo-syphilitiques revêtent une forme particulièrement sérieuse, voire *maligne*, et que la raison de cette gravité, de cette malignité insolite, ne puisse être rapportée qu'à l'état de débilité native de ces sujets, c'est-à-dire à leur tare infectieuse héréditaire. A n'en citer qu'un seul exemple (car je ne veux pas faire ici de pathologie), le Dr. Jullien a relaté tout récemment une très curieuse observation de *pneumonie foudroyante* sur un jeune sujet hérédo-syphilitique Il s'agissait, en l'espèce, d'un jeune homme de vingt-deux ans, hérédo-syphilitique, petit chétif, réformé pour faiblesse de constitution, dystrophique,] hémophili-

que, etc., qui, pris de pneumonie, fut emporté *en trente-six heures*.

« 2° Un second type qu'affectent assez fréquemment ces dystrophies d'ordre général est celui de l'*infantilisme*, constitué principalement, comme chacun sait, par un arrêt permanent du développement physique, par la petitesse de taille, par l'exiguïté du corps et des membres, par une sorte de ratatinement, de rabougrissement de l'individu.

« Combien d'hérédo-syphilitiques n'ai-je pas vus subir, à leur vingtième année, l'humiliation d'être exclus du service militaire *pour défaut de taille !* Je connais, entre cent exemples que j'aurais à citer, le cas d'une famille où sur six enfants nés d'un père syphilitique et d'une mère saine (l'un et l'autre d'une taille au-dessus de la moyenne), trois sont restés d'une taille infantile qui ne leur a pas permis d'être soldats.

« 3° Enfin, un troisième est celui du *rachitique*

à la grosse tête bosselée, aux jambes torses, au rachis dévié, au bassin vicié, etc. — Le rachitisme. à coup sûr, n'est pas, comme l'avait cru Parrot, un produit et un produit exclusif de la syphilis; il ne constitue en rien une manifestation de nature syphilitique; mais à coup sûr aussi, il est un mode d'expression des plus communs de l'hérédo-syphilis. Aussi bien, au nom de la vérité clinique à qui reste toujours le dernier mot, une réaction est-elle en voie de se produire aujourd'hui contre la réaction excessive qu'avait provoquée la doctrine de Parrot. Et cette vérité clinique, c'est que, d'une façon ou d'une autre (peu importe), le *rachitisme est étroitement lié à l'hérédo-syphilis*. L'hérédo-syphilis n'est pas seule à le produire, certes; mais elle le produit fréquemment, très fréquemment. Cela, je suis en droit de l'affirmer et de par mes lectures et de par mon observation personnelle : de par mes lectures, qui m'ont permis de colliger un nombre considérable de cas où se

trouve signalé le rachitisme comme conséquence d'une hérédité syphilitique ; — de par mon observation personnelle, qui me l'a fait constater sur une foule d'enfants issus de souche syphilitique. — De même, à ne citer que ce seul témoignage, notre célèbre accoucheur, le Dr. Pinard, me disait récemment ceci : « Dans toute ma pratique, je n'ai jamais observé un seul cas de rachitisme en dehors de l'hérédité syphilitique ».

« III. Dernier groupe. — Les dystrophies hérédo-syphilitiques, alors qu'elles viennent à s'écarter du type normal d'une façon considérable, peuvent aboutir à ce qu'on appelle la *monstruosité*. Certes, le fait est rare et ne mérite que d'être consigné au passage ; mais il n'en est pour cela ni moins curieux ni moins suggestif comme exemple de l'*intensité de déchéance* que l'hérédité syphilitique peut infliger à l'embryon. Bien que la question ne soit à l'ordre du jour que depuis fort peu de temps, un jeune médeein a déjà pu

réunir vingt-trois cas de cet ordre, empruntés aux meilleures sources, non contestables et, jusqu'ici du moins, non contestés (1).

« La syphilis peut donc faire des monstres, cela est certain.

« Du reste, rien d'étonnant à cela, et pour deux raisons que voici : c'est, d'abord, que la monstruosité n'est que l'exagération, l'amplification de la dystrophie ; or, je n'ai plus à dire, après ce qui précède, que la syphilis est par excellence une infection à dystrophies héréditaires. — En second lieu, si l'on sait seulement depuis fort peu de temps que la syphilis peut servir de cause à diverses monstruosités, il est à cela un motif des plus simples : c'est que l'on ne s'était jamais préoccupé de rechercher une relation possible entre elle et les monstres.

« Au total, les diverses dystrophies dont il

(1) Dr. Edmond Fournier, l. c.

vient d'être question consistent toutes en des incorrections, des imperfections du développement organique, qui réalisent pour l'individu, à des degrés naturellement très divers, des raisons de déchéance, d'infériorisation, de *dégénérescence*.

« De dégénérescence, oui, et le mot n'a rien d'excessif. N'est-ce pas un dégénéré, par exemple, que ce misérable petit hérédo-syphilitique qui naît à l'état d'avorton pour mourir quelques heures ou quelques jours plus tard, voire pour mourir le plus souvent de par cette seule raison qu'il n'a pas la force de vivre, qu'il est frappé en naissant d'inaptitude à la vie ? N'est-ce pas de même un dégénéré que cet enfant qui survit, mais chétif, malingre, valétudinaire, toujours malade, et, somme toute, déchu physiquement ?

« N'est-ce pas un dégénéré que cet infantile assez disgracié pour être exclu du sort commun, j'entends de l'honneur de porter les armes ?

« N'est-ce pas un dégénéré que ce rachitique difforme, grotesque, bossu, infirme ?

« Ne sont-ce pas aussi des dégénérés tous ces infirmes de l'intelligence qu'engendre l'hérédo-syphilis et que, suivant la variété ou le degré de leur déchéance psychique, on appelle des arriérés, des simples, des bornés, des déséquilibrés, des imbéciles, des idiots.

« Ne sont-ce pas aussi des dégénérés tous ces infirmes du système nerveux qui, de par l'hérédité syphilitique, naissent ou deviennent des hydrocéphales, des névropathes, des névrosés, des hystériques, des neurasthéniques, des épileptiques, des sourds-muets, etc. ?

« Et ainsi de suite.

« En sorte que, très positivement, l'influence hérédo-syphilitique aboutit en maintes occasions à constituer les sujets auxquels elle permet de vivre à l'état d'êtres infériorisés, décadents, déchus, abâtardis à des degrés divers et sous des formes

diverses. Très certainement, elle constitue, par rapport à l'espèce, ce qu'il est très légitime d'appeler des dégénérescences.

« Ce n'est pas tout encore. Car, cela dit sur les déchéances individuelles, surgit tout aussitôt une question connexe qui s'impose, et cette question n'est autre, tout naturellement, que celle-ci :

« Quelle sera la descendance de ces sujets ainsi dystrophiés ? Cette descendance subira-t-elle ou non l'influence de l'hérédité syphilitique ?

« Quelques mots sur ce point spécial qui, à coup sûr, fait partie intégrante de notre sujet.

« Tout d'abord, pour certains cas, la dite descendance n'existera même pas, n'aura même pas possibilité d'être. La stérilité, en effet, est le résultat forcé de certaines dystrophies telles que dystrophies testiculaires de divers ordres; dystrophies utérines ou ovariennes, malformations génitales, infantilisme, idiotie, etc.

« Mais, quand elle existera, quelle sera-t-elle cette descendance ?

« De par des exemples nombreux à l'infini, elle pourra être normale et indemne de tares héréditaires. C'est même là, je crois, le fait usuel (1). Mais il est non moins avéré que les enfants des hérédo-syphilitiques peuvent porter l'empreinte de leur tare originelle. Il est non moins avéré que la syphilis du grand-père peut se traduire sur le petit-fils par tel ou tel stigmate dystrophique (du côté du squelette ou des yeux par exemple). En sorte que, bien certainement, il existe, comme conséquence de la syphilis, une hérédité dystrophique de seconde génération, ou, suivant une expression nouvellement introduite dans la langue médicale, une « hérédité-dystrophique seconde ».

« Cela, nous sommes en mesure de l'affirmer, bien que la question soit encore neuve, de par

(1) Nous avons ici une nouvelle preuve de ces guérisons spontanées de la syphilis, dont nous avons parlé plus haut. (Note de l'A.).



toute une série de recherches et d'observations récentes. Ainsi, par exemple, le Dr. Barthélemy qui a étudié et fouillé ce sujet avec ardeur depuis plusieurs années, a vu maintes fois cette hérédité syphilitique seconde se traduire par des dystrophies les plus diverses, mais rappelant toujours celles qui caractérisent l'héridité spécifique de première génération.

« Pour préciser, il a observé ceci comme expression de ce qu'il appelle « la syphilis héréditaire lointaine » :

« Chétivité native, débilité congénitale :

« Lenteur et difficulté de croissance;

« Arrêt et imperfections du développement physique, dans les formes les plus variées ;

« Infantilisme;

« Retards de l'évolution dentaire, et dytrophies dentaires ;

« Strabisme ;

« Rachitisme et scoliose ;

« Malformations des types les plus divers : bosselures crâniennes, hydrocéphalie, asymétries crâniennes et faciales ; -- écrasement du nez ; -- ogivalité de la voûte palatine ; -- bec de lièvre ; -- cryptorchidie ; -- hernies et surtout hernie ombilicale ; -- nœvi ; -- etc. ;

« Troubles vasculaires : -- acrocyanose ;

« Tares nerveuses ; nervosisme, hystéricisme, phobies, convulsions infantiles, épilepsie, débilité intellectuelle, voire idiotie, etc.

« Des faits de même ordre et de signification semblable ont été produits ces derniers temps par divers observateurs, notamment par le professeur Tarnowsky, par les docteurs Etienne, Jacquet, Jullien, Gastou, Edmond Fournier, etc. A mon tour, j'en pourrais citer bon nombre, témoignant tous dans le même sens.

« Il y a plus. C'est qu'on a vu parfois cette hérédité *seconde*, au lieu de tendre à s'atténuer, sévir avec une intensité, une nocivité égale à celle

qui caractérise si souvent l'hérédité prime ; c'est ainsi qu'on l'a vue, à l'instar de cette dernière, étendre son action à toute une lignée d'enfants. Qu'on en juge par les trois cas suivants, pour lesquels je réclamerai encore une mention particulière :

« I. — Observation du Dr. Gibert (du Havre): Quatre enfants naissent d'un père sain et d'une mère *hérédo-syphilitique*. — Tous les quatre sont affligés de rachitisme à un haut degré (courbure des os, déformation du crâne, etc.). En outre l'un d'eux est idiot. —

« II. — Observation du Dr. Caubert : Issues d'un homme sain et d'une *femme hérédo-syphilitique*, quatre grossesses aboutissent à ceci :

« Une fausse-couche ;

« Deux enfants mort-nés ;

« Dernière grossesse amenant un monstre, littéralement criblé de monstruosités (bec de lièvre double, absence de luette, oreilles difformes, pied-

bot, vices de conformation des doigts, orteils en griffe, imperforation de l'urèthre, malformations articulaires, nœvi, etc.).

« III. — Observations du Dr. Etienne : Quatorze grossesses, issues d'un ménage où une femme saine est unie à un mari hérédo-syphilitique. Résultats sommaires :

« 6 enfants morts (dont cinq par avortement) ;

« 5 enfants affectés de troubles cérébraux ;

« 1 enfant arriéré ;

« 2 enfants affectés de dystrophies dentaires.

« Eh bien, est-ce que ces faits ne rappellent pas exactement et trait pour trait ce que nous observons à tout instant comme conséquence de l'hérédité prime ? Et l'identité entre ces deux ordres d'accidents ne témoigne-t-elle pas de leur commune origine ?

« En tout cas et quelque réserve qui nous soit imposée dans une question à la fois aussi neuve et aussi complexe, il est un fait qui d'ores et déjà

doit être considéré comme acquis et d'une authenticité indéniable. Ce fait, important entre tous, c'est l'action meurtrière qu'est capable d'exercer sur le fœtus l'influence hérédo syphilitique.

« Je précise : *A la façon de la syphilis, l'hérédo-syphilis peut réagir sur le fœtus de la façon la plus nocive.* A la façon de la syphilis, elle constitue très certainement une *prédisposition à l'avortement*, comme à la *naissance d'enfants morts ou destinés à une mort rapide*. De cela voici la preuve :

« Pour ma seule part, sur trente-quatre grossesses issues de ménages où l'un des conjoints (le père le plus souvent) était entaché d'hérédo-syphilis, j'ai noté ceci :

« 11 cas d'avortement;

« 3 » d'accouchement prématuré;

« 4 » de mort survenue peu après la naissance.

« Proportion de mortalité : 53 p. 100.

« Dans un cas observé par M. le Pr. Pinard,

une femme hérédo-syphilitique unie à un homme sain fit coup sur coup et sans cause quatre fausses-couches, puis accoucha ensuite d'un enfant syphilitique.

« Dans un cas relaté par le Pr. Tarnowski, *onze* grossesses, issues d'un père hérédo-syphilitique et d'une femme saine, aboutissent à ceci : *huit enfants mort-nés* et trois survivants (dont l'un hystéro-épileptique, un autre tuberculeux, et le dernier affecté de goître exophthalmique).

« Additionnant les résultats de diverses observations de cet ordre que j'ai pu réunir, j'aboutis aux chiffres suivants, sur un total de 81 grossesses survenues dans des ménages où l'un des conjoints était entaché d'hérédo-syphilis :

« Avortements	28
« Accouchements prématurés (avec enfants morts)	13
« Enfants morts à bref délai . . .	7
« Survivants	33
	81

« C'est-à-dire, en chiffres ronds et au pourcentage :

« 50 p. 100 d'avortements ou d'accouchements prématurés ;

« et, comme mortalité pour ainsi dire immédiate, 59 p. 100.

« Conséquemment, on retrouve ou tout au moins on peut retrouver dans l'hérédo-syphilis l'influence nocive, abortive e fœticide, qu'exerce si puissamment la syphilis sur le fœtus. Même cause et mêmes effets de part et d'autre. Cela devait être, cela est.

« Encore un méfait en plus, jusqu'alors ignoré, qu'il convient d'ajouter au bilan de nocivité de la syphilis ».

Arrêtons-nous ici : nous pouvons nous passer du reste : le tableau clinique est complet et peint par main de maître.

A toutes ces horreurs, à toutes ces misères, la

thérapeutique n'a eu rien ou presque rien à opposer, même de nos jours.

Et cependant ces infortunés ne peuvent pas être abandonnés à eux-mêmes : le rapport de M. le Prof. Fournier est assez clair et précis sur les dangers auxquels dans la plupart des cas ces malheureux sont exposés et sur le sort qui leur est fatalement réservé.

Nous allons relater quelques observations cliniques qui se rapportent à l'application que nous venons de faire à ce sujet du nouveau remède par nous préconisé contre la syphilis : nous le verrons déployer vis à-vis de la syphilis conceptionnelle et de l'hérédo-syphilis, bien que dans de plus longs délais, la même efficacité que nous l'avons vu expliquer dans la syphilis primaire. Ces résultats nous paraissent des plus concluants :

A. C., femme syphilitique, était à sa quatrieme grossesse. Les trois premières s'étaient terminées par une fausse-couche et deux enfants mort-nés

Lorsque je fus appelé auprès d'elle, elle était au troisième mois de sa nouvelle grossesse : son était des plus déplorables, cachectique et anémique au plus haut degré. Elle avait suivi pendant les dernières grossesses un traitement mercuriel, qu'elle avait abandonné en vue des résultats négatifs obtenus. Elle accusait des nausées et des vomissements incoercibles, c'est-à-dire des signes de compression cérébrale dus probablement à quelque gomme comprimant la surface cérébrale : elle craignait un nouvel avortement, parce que c'étaient précisément les mêmes symptômes qui avaient précédés sa première fausse-couche. J'instituai sur-le-champ le traitement au collargol. Vu l'état de dépression cardiaque dans lequel se trouvait la malade, je me bornai à lui prescrire une friction de pommade au collargol par semaine, renonçant à toute injection hypodermique ou endoveineuse de ce même médicament. Après un mois de ce traitement, les nausées et les vomis-

sements avaient disparu, la malade se portait suffisamment bien, son état de prostration s'était relevé, bien que l'anémie persistât encore; celle-ci céda peu à peu. Après les premiers trois mois de ce traitement, je conseillai ma malade de réduire les frictions à deux seules par mois : la grossesse évolue normalement et elle accoucha, à terme, d'un enfant vivant et bien portant et que, après un examen minutieux, je crus reconnaître très sain. J'ai vu plusieurs fois ensuite la mère et l'enfant; ils se portent parfaitement bien, jamais ils n'ont présenté la moindre manifestation syphilitique, bien que par mesure de prudence j'aie conseillé la mère de suivre mon traitement (une friction tous les deux mois) pendant une année encore.

De ces observations j'en pourrais relater une vingtaine : jamais je n'ai eu à constater ni un avortement ni un enfant mort-né : les enfants naissent forts et sains et d'un poids quelquefois supérieur au normal : même dans un cas très

grave, où je fus appelé trop tard (au sixième mois de grossesse), j'ai réussi de cette façon à sauver l'enfant et à produire un accouchement régulier, bien que ce dernier enfant présente quelques ganglions suspects que j'espère lui faire disparaître par le traitement, aussitôt qu'il sera en âge de le supporter.

Pour ce qui concerne les enfants hérédo-syphilitiques, voilà deux observations entre une dizaine que j'ai pu recueillir :

1° Enfant de 7 ans, issu de parents syphilitiques, offrant tous les caractères de l'hérédo-syphilis : malingre, délicat, d'aspect terreux, pauvrement musclé, presque toujours malade, développement osseux des plus malheureux, dystrophies dentaires, dents de Hutchinson (1). Aussitôt appelé chez lui

(1) Le signe caractéristique des dents de Hutchinson c'est l'obliquité convergente : parmi les dystrophies dentaires je classe ce qu'on observait chez cet enfant, à savoir l'absence des deux incisives supérieures, absence très fréquente dans l'hérédo-syphilis.



par ses parents, j'institue de suite mon traitement: une friction au collargol par semaine pendant les premiers trois mois et, après ce laps de temps, deux frictions par mois, prescription à suivre pendant une année. J'ai eu occasion de revoir plusieurs fois cet enfant et de suivre l'action du traitement sur son état morbide. Après une annèe, il avait repris le beau teint des enfants sains, sa taille s'était développée d'un façon normale et maintenant, après deux ans de traitement, il est un beau gars, sain et bien musclé. Chose étrange, les deux dents incisives supérieures qui lui faisaient absolument défaut, ont fait leur apparition après la première année du traitement et les dents de lait tombent sous la poussée des dents permanentes fortes et saines.

2° Fillette, de cinq ans environ, hérédo-syphilitique, avec presque tous les caractères et les dystrophies énumérées dans le cas précédent. De plus, il y avait à remarquer une hernie ombili-

cale, caractéristique de l'hérédo-syphilis, engorgement énorme des glandes mésentériques, et pliade ganglionnaire inguinale. J'institue de suite le traitement au collargol, comme dans le cas précité : après une année de traitement, l'enfant est complètement transformée : non seulement elle a développé sa taille, pris un beau teint, redevenue alerte et vive, mais l'hernie ombilicale s'est presque résorbée ainsi que toutes les glandes mésentériques, chose dont on avait depuis longtemps abandonné tout espoir en thérapeutique : aussi les dystrophies dentaires tendent à se corriger et disparaître.

Par mesure de prudence je conseille les parents de cette fillette de lui faire suivre ce traitement pendant une année encore.

Je pourrais citer une dizaine de ces cas et tous avec les mêmes merveilleux résultats. C'étaient des enfants débiles, malingres, destinés sans exception ou à mourir en bas âge ou à survivre en

traînant une existence tellement déplorable qu'on aurait mieux fait de leur souhaiter la mort. Je suis sûr que, à l'éclosion de la puberté, tout germe syphilitique s'éteindra à jamais chez ces enfants, et ils pourront être de bons citoyens et de bons pères et mères de famille.

Et tout cela, remarquez-le bien, sans le moindre trouble, sans le moindre dommage de l'organisme des malades.

Est-ce qu'on peut en dire autant des composés mercuriels ou iodés ? Ces derniers n'ont pas d'action de fond sur la syphilis mais ils n'abîment pas moins l'estomac des patients; quant aux composés mercuriels, même les plus innocents, comme la liqueur de Van Swieten et le sirop de Gibert, qu'on donne si volontiers aux enfants hérédo-syphilitiques, est-ce que la carie dentaire, la salivation abondante, la stomatite ne sont pas toujours le cortège usuel et indéniable qui suit de près leur application ?

Pour ce qui concerne la syphilis conceptionnelle, je pourrais emprunter aux œuvres des plus illustres syphiligraphes des exemples nombreux sur les effets lamentables du traitement mercuriel soit par rapport à la mère qu'au fœtus.

Je ne le ferai pas parce qu'on pourrait croire que nous allons choisir les exemples les plus favorables à notre thèse : mais il n'en demeure pas moins que ce traitement ne garantit la mère ni de l'avortement ni de l'accouchement d'un fœtus macéré et syphilitique.

Qu'on compare ces résultats avec les nôtres : qu'on essaie, et l'on verra que nos observations répondent scrupuleusement à la vérité.

Nous devons ajouter que le traitement que nous préconisons, non seulement n'endommage pas l'économie des malades, mais qu'au contraire ceux-ci se prêtent volontiers à son application. On sait combien, dans la plupart des cas, les enfants et les femmes sont réfractaires à se sou-

mettre à tout médicament: mais dans notre cas, vu les longs délais entre une application et l'autre, délais qui ne fatiguent pas les malades; vu son application externe et son innocuité; vu enfin le bien-être qu'ils en ressentent, les malades s'y assujettissent de leur bon gré: j'ajouterai même que quelques enfants prennent cette application comme un jeu, et c'est ainsi qu'ils guérissent sans s'en apercevoir. J'ai remarqué même que les enfants supportent l'application du remède mieux que les adultes, et cela peut-être parce que chez eux le myocarde fonctionne mieux que chez ces derniers.

J'espère qu'on ne prétendra pas qu'on puisse obtenir des résultats pareils, surtout chez les enfants hérédo-syphilitiques, en quelques jours ou en quelques mois. Ce serait trop prétendre. Nous avons déjà dit que chez les enfants hérédo-syphilitiques, il s'agit presque toujours de lésions histologiques de syphilis secondaire ou tertiaire.

Ce n'est donc pas l'affaire de quelques jours que de cicatriser des lésions qui sont d'ordinaire bien profondes et qui présentent le plus souvent des formes de dégénération néoplasique. Ce n'est donc pas trop que d'exiger une année de traitement au moins non pour cicatriser complètement ces lésions, mais pour les mettre en état de se cicatriser dans un délai plus ou moins long, en provoquant une prolifération régénératrice des tissus.

Dans la syphilis primaire, lorsque nous sommes en présence de l'accident initial et qu'il s'agit d'un sujet bien constitué et sans autres tares constitutionnelles, le traitement au collargol peut amener la guérison radicale du malade en quelques mois, bien que je conseille toujours le patient de suivre le traitement pendant sept ou huit mois. Mais dans les autres cas, et surtout dans l'hérédo-syphilis, une année de traitement c'est le *minimum* qu'il faut réclamer du malade.

Je conseille cependant toujours dans ces cas de

suivre le traitement pendant une année encore, pour que l'on soit absolument sûr que tout germe syphilitique soit à jamais stérilisé dans l'organisme du patient.

Est-ce que de ce chef doit-on préférer le traitement mercuriel au nôtre ? Voilà ce que dit à cel égard le Prof. Fournier (1) :

« Pour ma part, j'ai la conviction qu'en aucun cas la durée d'un traitement antisyphilitique ne peut être abaissée au-dessous de 3 à 4 ans, à quelque forme de la maladie que l'on ait affaire et si bénigne même que se soit annoncée la diathèse originairement.

« Trois à quatre ans, méthodiquement consacrés à une médication *énergique*, tel est le *minimum* nécessaire, je ne dirai pas à guérir la vérole (*car je ne sais pas si l'on guérit la vérole*), mais

(1) Prof. Fournier : Syphilis et Mariage, pag. 213-215, 2e édit. 1890.



à conjurer ses manifestations pour le présent et l'avenir. Encore est-il prudent que, au delà de ce terme, le malade se soumette à de nouvelles cures de façon à tenir constamment la diathèse en bride, si je puis ainsi parler, et à conserver le terrain conquis ».

Donc trois à quatre ans, tel est le *minimum* pour un bon traitement mercuriel et cela sans la moindre certitude de réussir à dompter radicalement la maladie. Voilà ce qui pousse le plus souvent les malheureux syphilitiques au désespoir et au suicide.

Mais pourquoi la syphilis revêt-elle ce caractère de haute nocivité héréditaire, caractère qui n'est pas commun aux autres diathèses en général?

C'est une question qui est demeurée jusqu'à ces derniers temps sans réponse, voire même qui n'a pas été abordée, parce que sa résolution se heurte à de très graves difficultés et surtout aux

deux suivantes : à savoir, l'ignorance, où nous sommes, de l'agent pathogène de l'infection et l'impossibilité de reproduire expérimentalement la maladie.

On a maintes fois annoncé d'avoir décelé dans les foyers syphilitiques l'agent pathogène de la syphilis, on l'a même décrit (1), mais ces découvertes n'ont pas été confirmées par la majorité des autres observateurs.

Tout récemment, M. L. Jullien et M. J. de Lisle ont fait à l'Académie de Médecine (séance du 2 Juillet 1901) une communication sur la présence, dans le plasma sanguin et le sérum des syphilitiques, d'un micro-organisme polymorphe, de forme bacillaire, dont ils ne mettent pas en doute

(1) Lustgarten, Die Syphilisbacillen, Wien, 1885. Matterstock, Ueber Bacillen bei Syphilis, Mitth. a. d. med. Klinik zu Würzburg II, Wiesbaden, 1886. Bender, Zusammenfassender Bericht über die Bacillen der Syphilis, Centralblatt für Bakt. 1887, etc.



la spécificité. Nos recherches personnelles ayant confirmé l'exactitude des observations de M. Jullien et Lisle, nous allons les résumer ci-dessous :

« Dans le sang et le sérum — écrit M. L. Jullien — des syphilitiques récemment infectés et non encore soumis au traitement spécifique, nous avons constaté, M. J. de Lisle et moi (M. L. Jullien), la présence des corpuscules ronds, granuleux, très réfringents, qui y ont déjà été rencontrés par divers observateurs ; mais nous n'avons obtenu aucun résultat positif dans nos essais de culture et d'inoculation de ces granulations, fait qui n'a rien de surprenant, car on sait depuis longtemps que le sang des syphilitiques, une fois coagulé, est inoffensif ; cette particularité peut être expliquée par l'existence dans le sang après sa coagulation, c'est-à-dire dans le sérum, d'une *alexine* fortement bactéricide.

« Aussi avons-nous poursuivi nos recherches sur le plasma lui-même, ainsi que sur la sérosité du

vésicatoire (soit cantharidien, soit par le marteau de Mayor); nous avons pu nous assurer, en effet, que cette sérosité ne renferme jamais d'*alexine*.

« Dans ces conditions, nous avons trouvé un micro-organisme polymorphe, de forme bacillaire, présentant tous les intermédiaires entre la forme d'un bâtonnet court (de 5 a 8 μ de longueur et de 0 μ, 15 à 0 μ, 30 de largeur) et celle d'un filament très allongé; cette espèce microbienne, mobile, facile à colorer par tous les réactifs usuels, mais ne prenant pas le Gram, trouble le bouillon en 24 heures et y forme un voile au bout de 4 à 5 jours; elle liquéfie la gélatine, pousse très bien sur pomme de terre glycérinée et sur liquide amniotique, se développe également sur gélose et sur sérum solidifié; elle peut se multiplier aussi en milieu anaérobie, mais lentement.

« L'aspect de ce microbe se modifie à mesure que les cultures vieillissent; au bout de 10 jours environ, on n'observe plus que les corpuscules

granuleux déjà signalés dans le sang des syphilitiques : à ce moment, le repiquage fait reparaître les caractères primitifs ; après 30 jours, les cultures semblent mortes ; toutefois, le passage dans un sac leur rend leur vitalité.

« L'infection de ce micro-organisme dans le péritoine du cobaye détermine des paralysies, de l'amaigrissement, l'avortement et la mort en 10 ou 15 jours ; les animaux jeunes sont tués au bout de 12 heures. Son inoculation sous-cutanée provoque l'apparition d'une plaque indurée, puis ulcérée, avec engorgement des ganglions de voisinage. A l'autopsie, le sang se montre toujours stérile. Chez les sujets syphilitiques, des essais d'inoculation soit par frottis, soit dans une plaie saignante, sont demeurés sans résultat.

« Deux faits nous paraissent démontrer la spécificité de cet agent pathogène : d'une part, son agglutination par le sérum de syphilitiques en puissance d'accidents, agglutination que ne pro-

duit pas le sérum d'individus sains ; d'autre part la propriété qu'il possède de fixer l'alexine contenue dans le sérum des animaux vaccinés avec des produits syphilitiques, ce qui prouve l'existence d'une *sensibilisatrice* particulière ».

La méthode, indiquée par MM. Jullien et De Lisle, nous a permis de contrôler l'exactitude des phénomènes observés par ces deux savants ; nous ajouterons encore que non seulement nous avons pu constater la présence de cette bactérie polymorphe dans le plasma des syphilitiques non encore soumis à aucun traitement, mais nous l'avons rencontrée aussi, soit à l'état de granules, soit à l'état de filaments très allongés, dans les déjections de syphilitiques soumis à notre traitement au collargol, aux stades les plus divers de la maladie.

La présence de ces bacilles dans les selles des malades soumis à notre traitement ne peut s'expliquer autrement qu'en admettant que ces microorganismes aient subi dans l'organisme humain,

grâce au collargol qui agirait comme un fixateur, une digestion extra-cellulaire. Ce serait une répétition du phénomène de la transformation des vibrions cholériques en granules, qu'on observe dans la cavité péritonéale des cobayes vaccinés contre cette maladie, phénomène observé pour la première fois par M. Pfeiffer. On pourrait nous objecter dans notre cas que s'il s'agissait d'une vraie et propre digestion extracellulaire, les micro-organismes devraient se dissoudre complètement dans les humeurs de l'organisme humain. Cela cependant reste encore à prouver, même dans le cas des vibrions cholériques, qui transformés en granules ne disparaissent pas dans les gouttes pendantes du liquide péritonéal et qui probablement dans l'organisme vivant sont expulsés tout de même par la voie intestinale.

Les micro-organismes de la syphilis, qu'on rencontre ainsi dans les déjections des malades, ne peuvent pas naturellement être de bons sujets

de culture. Mais puisque on peut les recueillir à tous les stades de la maladie, on peut au moins les étudier morphologiquement et d'après leur structure en induire le rôle qu'ils jouent dans l'organisme humain.

En concluant, l'agent pathogène de la syphilis est un schizomycète qu'on peut ranger dans le groupe des *Bactéries pléomorphes* : il est un anaérobie qui liquifie la gélatine et y dégage des gaz; il présente des mouvements d'oscillation, de glissement et de reptation ; il se reproduit par sporulation et la formation des spores se fait par voie endogène ; il se développe sur gélose et sur sérum solidifié ; il se colore par tous les réactifs usuels mais ne prend pas le Gram ; la température qui lui convient le mieux est de 36 à 38° (1).

(1) Nous sommes obligés de nous résumer ici d'une manière très sommaire, vu les limites que nous nous sommes prescrites dans cet ouvrage. Le seul phénomène de le sporulation chez ce parasyte mériterait à lui seul un chapitre à part.



Outre les bâtonnets courts qui montrent à chacune de leurs extrémités renflées des granulations brillantes dans lesquelles on peut aisément reconnaitre des spores, nous avons rencontré deux autres formes de cette même bactérie, c'est-à-dire une forme ciliée et une forme en filament très allongé.

La forme ciliée se présente elle aussi comme un filament, à mouvements lents de reptation, de longueur variable, élastique, pourvue aux deux extrémités de cils disposés en mèche, qui agissent comme des ventouses. On peut aisément deviner le but et l'usage de ces cils. Aussitôt que les micro-organismes parviennent des voies lymphatiques dans le sang par l'intermédiaire du canal thoracique, ces cils leur permettent de se fixer aux parois des tissus et aux tuniques internes des vaisseaux artériels et veineux, où ils peuvent se tenir, résistant au torrent circulatoire, grâce à leur élasticité et à la ténacité de ces

ventouses. Ce sont de vraies et propres toiles d'araignée qui se forment ainsi, toiles qui envahissent peu à peu tout l'arbre artériel et veineux, en commençant par les ramuscules et les rameaux périphériques, empêchant la circulation normale du sang et envahissant peu à peu les branches et les gros vaisseaux. L'épaississement des parois vasculaires, si fréquent dans la syphilis, le rétrécissement de la lumière des vaisseaux, les embolies et les thromboses ne seraient dues qu'à cette cause. C'est aussi à elle qu'il faut attribuer ce caractère indéracinable que montre l'infection syphilitique.

L'autre forme de cette même bactéridie en filament très allongé, douée d'une grande mobilité, mérite d'être tout particulièrement étudiée, car c'est probablement à elle que la syphilis est redevable de son caractère héréditaire, de sa transmissibilité conceptionnelle de la mère au fœtus.

Est-ce qu'on rencontre ce caractère dans d'au-

tres maladies chroniques, non moins graves que la syphilis ?

Prenons comme exemples la tuberculose et la lèpre, deux diathèses dont la première ravage encore aujourd'hui le monde autant que l'autre le ravagea pendant le moyen âge. La lèpre a-t-elle encore l'avantage de ressembler beaucoup à la syphilis, au moins dans ses manifestations extérieures. Eh bien, malgré leur gravité et l'épouvante que leur nom seul inspire, ni l'une ni l'autre n'ont le moindre caractère de transmissibilité héréditaire. Nous savons en effet que l'enfant, issu de parents tuberculeux, n'est pas nécessairement tuberculeux lui-même (Villemin), ainsi que l'enfant issu de parents lépreux ne naît pas lépreux (Neisser et Hansen).

Ils ne seront pas, cela va sans dire, forts et bien constitués comme les enfants issus de parents sans tare diathésique, parce que naturellement ils ne pouvaient pas recevoir dans le ventre maternel la nutrition que ces derniers ont eue. Mais malgré cela, ils ne seront ni tuberculeux ni lépreux.

A quoi devront-ils ce privilège vis-à-vis des enfants des syphilitiques ?

Mais il n'y a pas à en douter : c'est tout simplement aux caractères biologiques et morphologiques des agents pathogènes de ces diverses diathèses, que cette différence est due.

En effet, le bacille de Koch aussi bien que celui de Hansen, bacilles qui se ressemblent beaucoup, sont dépourvus des deux propriétés qu'on remarque dans le bacille de la syphilis, qui nous occupe en ce moment. Celui-ci, long, effilé, doué de mouvements amiboïdes très vifs possède par conséquent une force de pénétration dans les tissus, qui fait absolument défaut aux deux bacilles précités, qui appartiennent au groupe des bacilles immobiles. Dès lors on conçoit aisément que ceux-ci trouveront, pendant la grossesse de la mère, un rempart infranchissable dans le placenta maternel, qui ne constitue pas seulement l'organe d'union entre la mère et le fœtus, en même

temps que l'organe de nutrition de ce dernier, mais il est aussi une enveloppe de défense pour le fœtus contre les atteintes des microbes, grâce à son tissu mou, spongieux, vasculaire et à ses mouvements péristaltiques.

Ces propriétés du plaçenta, lui seraient profitables aussi dans sa lutte contre le micro-organisme de la syphilis, si l'on n'observait sur celui-ci une autre particularité, qui constitue l'arme la plus terrible de ce dangereux parasite.

On peut remarquer en effet au microscope que la partie inférieure de son corps est villeuse, ou mieux pourvue de petites écailles dures et nombreuses. On peut bien deviner à quoi lui sert cette villosité dans sa lutte contre l'organisme humain. Lorsque ce parasite attaque le tissu du placenta, il en serait sans doute rebuté s'il n'enfonçait pas ses écailles dans les tissus, ce qui lui empêche tout mouvement de recul et ne lui fait pas perdre le terrain gagné. C'est de cette

façon qu'il réussit peu à peu à transpercer les caduques, le chorion et l'amnios et il arrive par là à infecter l'organisme du fœtus.

Cependant ce travail du microbe dans son œuvre de destruction n'est pas si facile, qu'on pourrait le croire à première vue; l'organisme de la mère saine résiste de son mieux et l'on peut trouver dans ce fait l'explication du phénomène, rappelé par le Prof. Fournier dans le rapport mentionné plus haut, à savoir « que l'hérédité *paternelle* est celle qui se traduit par la mortalité moindre et que l'hérédité *maternelle*, infiniment plus dangereuse, comporte une mortalité plus que double de la précédente ».

Mais il y a encore un autre phénomène, mentionné aussi par le Prof. Fournier et qui exige une explication.

« Il ressort de l'expérience — dit-il — que cette nocivité héréditaire se montre très inégale suivant l'âge de la syphilis. Elle atteint son

maximum dans les trois premières années de la maladie pour décroître au-delà. En sorte que, bien certainement, le temps affaiblit, atténue et finit même (mais lentement) par annihiler l'influence hérédo-syphilitique ».

Ce n'est pas au temps, ainsi que paraît le croire le Prof. Fournier, qu'est dû cet affaiblissement de la syphilis, mais bien à une évolution ultérieure des micro-organismes pathogènes de cette diathèse.

En effet, nourris aux dépens de l'organisme, gorgés de globules rouges, ces micro-organismes perdent peu à peu leur agilité primitive, leurs armes d'attaque s'émoussent et se transforment, nous ne sommes plus en présence du micro-organisme, décrit plus haut, mais d'un parasite plus évolué, mais non moins dangereux et indéracinable que celui-là. On conçoit cependant aisément que dans certains cas cette nouvelle évolution du microbe puisse profiter au fœtus dans la syphilis conceptionnelle, encore que l'enfant ne naisse pas moins syphilitique pour cela.

L'étude approfondie du micro-organisme de la syphilis pourra donner la clef de bien des phénomènes de cette diathèse, qui sont demeurés jusqu'à présent inexplicables. Le fait, par exemple, que les cultures semblent mortes après 30 jours et qu'elles puissent se conserver dans cet état pendant longtemps, explique les formes tardives de la syphilis, aussi bien que ce curieux phénomène, qu'on a observé quelquefois, d'une syphilis qui fait sa réapparition dix ou quinze ans après ses premières manifestations.

Le fait incontestable de ces manifestations tardives de la syphilis nous laissent tout à fait sceptiques à l'égard de certaines lois qu'on a émises au sujet de l'immunité dans l'infection syphilitique.

Il faudrait en effet supposer que ceux qui ont émis ces lois avaient pu suivre leurs sujets pendant toute leur vie, ce qui n'est guère probable.

Ainsi la loi, connue sous le nom de loi de Baumès-Colles, — qui établit que la mère qui

allaite son enfant, infecté héréditairement de syphilis par l'intermédiaire du père seul, jouisse d'une immunité anti-syphilitique véritable —, ne nous paraît pas avoir une base scientifique bien solide.

On peut dire la même chose de la loi de Profetta, à savoir que l'enfant, né d'une mère syphilitique, reste sain et ne prend la syphilis ni par l'allaitement ni par les baisers de la mère. Nous doutons de ceci, même comme d'un fait particulier.

Le fait aussi, constaté par MM. Ehrlich et Hübener (1), que dans le cas d'une mère saine et d'un père syphilitique, le fœtus contaminé, au lieu d'infecter la mère, lui procure l'état réfractaire, ne nous paraît pas moins invraisemblable.

Au lieu de se fier à des lois d'une valeur scientifique fort contestable, il vaut mieux de se traiter, même s'il n'y a qu'un simple soupçon de contamination syphilitique.

(1) Rapporté par M. Metchnikoff l. c. Chap. XIV.

Jusqu'à présent les malades pouvaient objecter que le remède, qu'on leur proposait, était pire que le mal lui-même; maintenant ce n'est plus la même chose, ils ont à leur portée un remède simple, inoffensif, applicable pendant un espace de temps relativemeut court, et - ce qui vaut mieux - vraiment efficace.

Nous avons déjà dit, et nous aurons occasion de revenir sur ce point, que le collargol agit comme un vrai sérum spécifique vis-à-vis de l'infection syphilitique.

Une fois, en effet, qu'on aura obtenu — en poursuivant le traitement pendant le temps par nous fixé — la neutralisation des toxines et l'atténuation de la virulence du microbe pathogène; la disparition de celui-ci de l'économie doit s'accomplir d'une façon graduelle mais inéluctable. L'organisme pourvoit par lui-même à cette élimination plus tard sans besoin qu'on ait recours derechef au traitement.

Peut-on espérer que cette méthode si rationnelle puisse supplanter la vieille routine ?

Malheureusement le mercure, malgré ses nombreux méfaits, a pour lui une tradition thérapeutique et des apôtres convaincus.

On croit depuis quatre siècles que le mercure est le spécifique de la syphilis ; on ne peut certainement pas prétendre qu'on change d'opinion du jour au lendemain et que ceux qui en on prêché les vertus thérapeutiques se démentent par eux-mêmes.

Heureusement il y a une catégorie de personnes qui ne se laissent pas aveugler par des idées préconçues dans la recherche de la vérité. C'est précisément à ces esprits non prévenus que nous nous adressons, aussi bien qu'aux malades eux-mêmes, qui se soucient peu d'une théorie plutôt que de l'autre, et ne demandent qu'une chose, c'est-à-dire, qu'on les guérisse.

« Une des grandes causes — écrivait le doc-

teur Fiessinger dans l'un de ses remarquables articles sur l'*Esprit scientifique français* (1) — qui ont retardé le progrès de la médecine est celle-ci: Les uns, les Maîtres, n'ont jamais cru se tromper; les autres, les praticiens, n'ont pas osé révoquer en doute les soi-disant vérités qui leur parvenaient de la ville. Quand ils voyaient autrement, ils craignaient de mal voir. La modestie les retenait; ils n'auraient pas poussé l'audace jusqu'à exprimer la vision personnelle qu'ils recevaient des choses. L'œil du Maître avait pénétré dans leur cerveau, c'est par lui qu'ils observaient les malades. Quand sa présence ne les éclairait pas, ils trébuchaient dans l'ombre.

« Un peu plus de courage, ils se fussent bien vite relevés. Les constatations qu'ils nous auraient offertes, parce qu'elles eussent été originales, auraient joui d'une autre valeur. Bien des écarts

(1) La Médecine Moderne, 11 juillet 1900, n. 49.



auraient été évités s'ils avaient bien voulu nous offrir les résultats de leur pratique, transmis en toute indépendance de pensée. Le respect de l'autorité est un malheur en science. Il immobilise et les élans sont paralysés. »

Qu'on se console cependant ; les choses se passent de même dans tous les pays du monde !

Cancer.

Bibliographie relative à l'étiologie des tumeurs: VIRCHOW, *Pathologie cellulaire* ; *Die krankh. Geschwülste* I. III ; *Die Diagnose und Prognose des Carcinoms*, ses Arch. Vol. III, 1888 — BROCA, *Traité des tumeurs*, 1866-69 — WALDEYER, *Die Entwickelung des Carcinoms*, Virch. Arch. 55 Bd. 1872 — WOLFFBERG, *Carcinom*, Virch. Arch. 61 Bd. — SCHUCHARDT, *Beiträge zur Entstehung des Carcin.*

aus chronisch entzündl. Zuständen der Schleimhaüte und Hautdecken, Leipzig 1885 — BRAULT, *Origine non bactérienne du Carcinome*, Arch. gén. de médecine 1885 — ALBERTS, *Das Carcinom*, Iéna 1887 — LANCEREAUX, *Traité d'anat. path.* Paris 1877 — LANGHAUS, *Carcinom*, Virch. Arch. 58 Bd, — V. RECKLINGHAUSEN, *Die multiplen Fibrome der Haut*, Berlin 1882 ; *Untersuch. über Spina bifida*, Virch. Arch. v. 105, 1886 — KÖSTER, *Die Entwickelung der Carcinome*, 1869 — ACKERMANN, *Carcinom*, Virch. Arch. 45 Bd. — COBLENZ, *Zur Genese und Entwickelung von Kystomen*, Virch. Arch. 84 Bd. — WESTPHALEN, *Multiple Fibrome der Haut u. der Nerven mit Uebergang in Sarkom- und Metastasenbildung*, Virch. Arch. 110 Bd. 1887 et 114 Bd. 1888 — FRIEDLANDER, *Ueber Epithelwucherung und Krebs*, 1887 — HUBERT, *Les néoplasmes des gangl. lymph.* Paris, 1878 — DIETRICH, *Statistik d. Carcinoms*, Zeitschr. f. Chir., 32 Bd. 1893 — SCHMIDT, *Cystosarkom mit Epithel-*

perlen in den Drüse, Arch. f. Gyn. XXII, 1882 — WINIWARTER, *Beitr. zur Statistik der Carcinome*, Stuttgart, 1878 — WEICHSELBAUM, *Sarkome u. Lymphome*, Virch. Arch. 85 Bd. — ZHENDER, *Ueber Krebsentwickelung in Lymphdrüsen*, Virch. Arch. 119 Bd., etc.

La question de l'étiologie des épithéliomas est encore loin d'être résolue.

En effet, la théorie parasitaire des tumeurs épithéliales, on ne peut pas la considérer comme démontrée. Les prétendus parasites du cancer n'étant probablement que des bactéries d'infection secondaire.

La plus grande partie des savants se rallie toujours à l'opinion de l'origine épithéliale du carcinome.

Les preuves de cette origine se tirent facilement

de l'examen des coupes en séries, qui permettent de suivre la continuité de l'hépithélium de la surface avec celui de la profondeur ; de l'existence de figures karyokinétiques nombreuses dans les cellules épithéliales mêmes ; de la conservation dans la cellule cancéreuse de certaines manifestations physiologiques spécifiques qui en révèlent bien la nature épithéliale : fabrication de tissu corné dans les cancers de la peau, de mucus dans les cancers de l'intestin, etc. (1).

Dans le cas où le cancer se développe dans un organe dépourvu d'éléments épithéliaux, c'est qu'il s'agit de cancer secondaire ou bien de cancer développé aux dépens d'un germe épithélial aberrant.

En conclusion, toute irritation mécanique, chimique ou infectieuse, agissant sur un tissu épithélial prédisposé, c'est-à-dire susceptible d'entrer

(1) M. Hlava : Rapport au XIIIe Congrès international de Médecine, 1900.

en prolifération irrégulière et profonde, pourra déterminer la croissance vicieuse et les dégénérescences particulières du cancer.

Celui-ci peut donc relever des causes et des infections les plus diverses. C'est pourquoi la syphilis, la tuberculose, le paludisme, le rhumatisme, la carie dentaire, les traumatismes ont été signalés comme causes prédisposantes au cancer, mais le rôle principal dans l'hystogénèse des épithéliomas appartient toujours au terrain.

Cela établi, il nous intéresse, à notre point de vue, d'examiner par quels moyens l'organisme tend à s'opposer à cette prolifération hétéroplasique des cellules épithéliales.

Cette importante question a formé le but des recherches de plusieurs savants. Voici comment M. Podwyssotzki résuma le résultat de ses études à ce sujet dans un rapport présenté au XIII[e] Congrès international de médecine, août 1900 :

« Le processus de phagocytose est très répandu

dans les tumeurs malignes et constitue un moyen de défense, bien imparfait d'ailleurs, du mésoderme contre l'accroissement progressif du tissu néoplasique; tant que la cellule épithéliale cancéreuse est jeune, pleine de vie, elle n'est pas accessible aux phagocytes; ce ne sont que les cellules mortes qui sont englobées par les leucocytes jouant le rôle de nécrophages.

« La réaction inflammatoire, produite dans le tissu conjonctif par l'accroissement des bourgeons cancéreux, quoique se traduisant par l'apparition d'un grand nombre d'éléments mésodermiques, ne contribue en rien à la destruction des cellules épithéliales, car celles-ci sécrètent, pour ainsi dire, une substance défensive, chimiotaxie négative qui les protège contre les cellules mésodermiques. Par contre, la réaction du côté du tissu conjonctif, suivie de son accroissement dans la direction des bourgeons cancéreux, contribue à une désorientation des cellules épithéliales, comme l'ont bien

démontré M. Ribbert et M. Fabre-Domergue, et provoque une accélération de la croissance du cancer.

« La phagocytose est, au contraire, très accentuée dans toute une série de sarcomes à cellules rondes et dans quelques endothéliomes ; cette action phagocytaire est l'œuvre, soit de cellules qui forment la masse principale de la tumeur, soit de cellules spéciales, très volumineuses à grand noyau ovale, véritables macrophages. Il se produit donc un véritable processus d'autophagisme.

« Ces phénomènes de phagocytose donnent lieu à la production de figures d'inclusions cellulaires que l'on a prises pour des sporozoaires : une partie de ces inclusions représente le centrosome hypertrophié, avec la zone de protoplasme qui l'entoure, en état de dégénérescence mucoïdo-colloïdale. »

En concluant, M. Podwyssotzki estime qu'un

bon et peut-être le seul moyen de traitement des cancers consisterait dans une diminution, par un moyen quelconque, de la substance défensive qui doit exister dans les cellules cancéreuses jeunes, ou bien dans l'augmentation du pouvoir cytolytique et phagocytaire du mésoderme.

C'est en nous fondant sur ces déductions, qui nous paraissent très rationnelles, et non pas sur la prétendue parenté entre les parasites de la syphilis et ceux du cancer, que nous avons institué pour les épithéliomes le traitement dont nous avons parlé au sujet de la syphilis.

Je rapporterai dans le dernier chapitre de cet ouvrage les quelques cas de carcinome que j'ai traités par cette méthode et les heureux résultats que j'en ai obtenus. Nous verrons aussi que c'est à la propriété, qu'a l'argent colloïdal, de provoquer dans l'organisme une phagolyse suivie d'une phagocytose très active, que ces heureux succès sont dus ; et je puis ajouter que rarement les résultats

cliniques ont si bien répondu à la logique du raisonnement.

Jusqu'à présent, on était désarmé, ou presque, contre le cancer : les sérums anticellulaires, que l'on a essayés à ce propos et dont nous passerons en revue les plus importants dans le cours de cet ouvrage, n'ont pas abouti aux résultats qu'on attendait et nous tâcherons d'en pénétrer les raisons.

Pourrons-nous nous flatter que notre traitement finira par acquérir son droit de cité en thérapeutique ? Nous osons l'espérer ; d'ailleurs nous ne demandons qu'une chose, c'est qu'on veuille l'essayer.

CHAPITRE II

APERÇU HISTORIQUE DE LA SYPHILIS

Bibliographie : LANCEREAUX, *Traité historique et pratique de la Syphilis*, 1873; HIER. FRACASTORÎ, *De contagionib. et contagiosis morbis et eor. curatione*, Venetiis 1574; ULRICH DE HUTTEN, *De Guaiaci medicina et morbo gallico liber unus*, Moguntiae 1524; FERNEL J., *De Luis venereae curat. perfect.* 1679; JOHANNIS DE VIGO, *De morbo gallico tractatus, in Chirurgiae praticae T. V.*; SWEDIAUR, *Traité complet sur les effets, la nature et le traitement des maladies syphilitiques*, trad. éd. de 1798; JOHANNES VOCHS, *De pestilentia anni 1507 et eius cura*; LUISINUS A., *Aphrodisiacus sive de lue venerea*, Lugd. Batav. 1728; GABR. FALLOPII, *De*

morbo gallico tractatus; MUSSA BRASSAVOLO, *Ratio comp. medic. cum tract. de morbo gallico*, Lyon 1555; GIRTANNER, *Abhandlung über die venerische Krankheiten*, Gotting 1788; WIDMANN, *Tract. de pust. quae vulgato nomine dicuntur mal. gall.*; ASTRUC, *Traité des mal. vénér.*, Paris 1773; GRUNPECK DE BURCHAUSEN, *Tract. de pestil. scorra, sive de morb. gall.*; SANCHEZ, *Dissert. sur l'origine de la maladie vénérienne, etc.*, Paris 1752; ANGLADA CH., *Etude sur les maladies, etc*,, 1869; J. DE CATANE, *Tractatus de morbo gallico;* DIDAY, *Histoire naturelle de la Syphilis*, 1863; PARÉ A., *Oeuvres compl. T. II, De la grosse vérole*, édit. Malgaigne; HIRSCH, *Handb. des historisch-geographischen Pathologie*, Stuttgart 1881-83; LITTRÉ, *Note sur la Syphilis au XIIIe siècle, Gaz. méd. de Paris T. I.* 1846; ROSENBAUM J., *Histoire de la Syphilis dans l'antiquité*, Bruxelles 1847; HECKER, *Die grossen Volkskrankheiten des Mittelalters*, Berlin 1865; SABATIER, *Histoire de la législation sur*

les femmes publiques, 1828; Cazenave, *Traité des syphilides*, 1843; Liebermeister, *Ueber die Ursachen der Volkskrankheiten*, Bâle 1865; Jeannez, *De la prostitution dans les grandes villes au XIXe siècle*, Paris 1868; Ricord, *Lettres sur la Syphilis*, Paris 1863, *etc.*

Trois hypothèses ont été émises sur l'origine de la syphilis.

Inconnue dans notre hémisphère et endémique dans le nouveau monde, a-t-elle été importée chez nous par contagion ?

Est-elle née soudainement vers la fin du XVe siècle, par le concours gratuit de certaines causes indéterminées ?

A-t-elle existé de tout temps dans l'espèce humaine ?

Il est un fait sur lequel tout le monde est à peu près d'accord ; c'est qu'elle ne s'est répandue

épidémiquement que vers les dernières années du XVe siècle, et qu'elle produisit alors de grands désastres.

Cette circonstance m'a toujours paru favorable à l'origine récente. Comment croire, en effet, qu'une maladie pareille n'eût pas trouvé antérieurement, ses conditions de développement populaire, surtout aux époques où l'Histoire étale les progrès de la démoralisation publique ?

En effet, si nous regardions en face, ce culte éhonté de la Vénus antique, théâtre dressé à l'immoralité humaine ; si nous descendions dans ces bas-fonds du libertinage et de la débauche, en mettant à nu cette plaie hideuse de la société gréco-romaine dégénérée ; si nous contemplions, dans les tableaux des historiens et des poëtes de cette époque, tous les raffinements inventés par le génie de la luxure, pour réveiller des appétits blasés et arracher des sensations nouvelles à d'ignobles succédanés ; il nous faudrait en con-

clure, qu'une époque qui a toléré et encouragé même de semblables infamies, jusque dans les hautes régions du Pouvoir, devait ouvrir la voie aux maladies *vénériennes* les plus imprévues.

Au milieu de cette effrayante dissolution des mœurs, la syphilis n'aurait-elle pas dû prendre des proportions gigantesques ? Et ce type morbide qu'on cherche, la loupe à la main, dans la pathologie ancienne, n'aurait-il par frappé tous les yeux ?

Il n'en fut rien, au contraire.

Les auteurs qui proclament l'existence de la syphilis dans les temps les plus reculés, se prévalent avec assurance du témoignage de Moïse, d'Hippocrate, de Celse, de Galien, d'Oribase, de Pline le jeune, d'Avicenne, etc.

Les arguments, appuyés sur les textes des écrivains de l'antiquité, seraient sans réplique s'ils se présentaient toujours avec l'autorité d'une interprétation incontestable. Mais pour démêler dans les descriptions des anciens quelques traits de la

syphilis, plus ou moins ressemblants, il a fallu faire violence au sens des mots, torturer les textes, les isoler des passages qui les éclairent. Notre expérience actuelle nous prouve tous les jours qu'il ne suffit pas de quelques apparences communes, de quelques similitudes extérieures, pour affirmer la filiation syphilitique de certaines affections. La pénurie de documents sérieux, l'obscurité même de ceux que nous possédons, attestent que l'affinité qui rapproche certains symptômes, de ceux qui furent observés au XVe siècle, n'est que superficielle et n'a pas la valeur nosologique qu'on essaie en vain de lui donner.

Les auteurs, qui prétendent retrouver la syphilis dans les écrits des anciens, ne sont pas assez en garde contre un cercle vicieux, qui pose comme un fait avéré, ce qui est en question.

De même que les écrits des anciens, les autres arguments qu'on a cherché tout récemment à faire valoir pour prouver l'ancienneté de la sy-

philis, n'ont pas réussi à ébranler notre conviction à cet égard.

Dans la séance du 3 juillet 1900 de l'Académie de médecine, M. Zambaco-Pacha présenta des photographies d'ossements recueillis dans les nécropoles de la haute Egypte, et remontant à 80 siècles environ. Voici les conclusions qu'il en tirait :

« Les lésions constatées sur certains de ces os montrent que nos ancêtres préhistoriques n'étaient pas à l'abri des maladies qui affligent nos contemporains. On constate sur 2 crânes des lésions rongeantes, avec hyperostoses dues à de l'ostéite suppurée destructive. Plusieurs fémurs présentent un épaississement des épiphyses qui se retrouve ausi sur les tibias et les péronés des mêmes squelettes ; les épiphyses de ces deux os sont gonflées, rugueuses, et parfois soudées l'une à l'autre ; les diaphyses sont normales ; les os des membres supérieurs présentent parfois des lésions analogues.

« La multiplicité des lésions sur un même squelette, la localisation et l'aspect de ces malades obligent à admettre qu'il s'agit de syphilis. Cela a été admis par M. Lannelongue, qui a examiné nos photographies. Il est donc certain que la syphilis existait sur notre continent dès la plus haute antiquité.

« On trouve sur quelques colonnes vertébrales des lésions dues au gonflement, à la déformation et à la soudure des apophyses et des bords des corps vertébraux. Il existe des stalactites osseuses qui joignent les unes aux autres les vertèbres voisines. Dans d'autres cas, il existe des lésions indubitables de tuberculose vertébrale.

« On rencontre d'anciennes fractures, très vicieusement consolidées, qui semblent montrer qu'aucun appareil n'a été appliqué et que la consolidation a été livrée aux seuls efforts de la nature ».

Le Prof. A. Fournier, dans sa réponse à

M. Zambaco-Pacha, déclara, après avoir examiné les photographies, qu'il n'y avait là rien d'absolument probant au point de vue de la syphilis.

« Il est, du reste, — disait-il — bien difficile d'affirmer la syphilis par le simple examen d'un os. Le vulgaire ulcère variqueux de la jambe peut donner lieu à des tibias hyperostosés semblables à ceux que fait la syphilis ; une simple contusion peut causer des exostoses identiques à celles de la syphilis ; la fièvre typhoïde cause des ostéopériostites qui laissent des traces impossibles à distinguer des lésions syphilitiques ».

M. Fournier ne croit donc pas qu'on puisse affirmer la syphilis par le simple examen des os.

Donc, les pièces à conviction — si l'on peut appeler ainsi ces restes d'ossements informes — de même que les écrits des anciens ne prouvent rien à ce sujet.

Lorsque la maladie du XVe siècle éclata avec tant de violence, les médecins ne dissimulèrent

pas leur surprise, à la vue de cet hôte inconnu qui venait frapper aux portes de la pathologie. Les peuples comprirent aussi que l'épreuve, qui leur était infligée, n'avait pas de précédents.

Voici à ce propos les témoignages de quelques-uns des contemporains, les mieux placés pour faire une réponse catégorique; nous les empruntons au célèbre recueil de Luisinus qui a pour titre:

Aphrodisiacus sive de lue venerea ab excellentissimo Aloysio Luisino Utinensi, continens omnia quaecumque hactenus de hac re sunt ab omnibus medicis conscripta. Lugduni Batavorum 1728:

Sébastien Aquilianus affirme que cette maladie « n'avait jamais paru parmi nous, et qu'on « n'en trouve aucune trace chez les anciens ».

Nicolas Leoniceno en parle comme d'une « maladie de nature inconnue qui envahit l'Italie « et une foule d'autres contrées ».

Nicolas Massa l'appelle une « maladie nou- « velle pour nous (aegritudo nobis nova)».

Jacques Catanée y voit une « maladie extraor-
« dinaire, inconnue aux siècles passés, et ignorée
« du monde entier ».

Jean Benoît dit que c'est une « affection
« grave », qui, selon toutes les probabilités, « n'a
« été vue ni par le divin Hippocrate, ni par
« Galien, ni par Avicenne, ni par aucun des mé-
« decins de l'antiquité, lesquels, sans cela, n'au-
« raient pas manqué de la nommer et d'en donner
« une description spéciale, comme ils l'ont fait
« pour les autres maladies ».

Coradin Gilini déclare que la maladie, qu'il observe, est « inconnue aux temps modernes ».

Laurent Phrisius n'hésite pas à dire que c'est une maladie pestilentielle atroce, dont l'aspect seul provoque la stupeur, et « qui est inconnue
« non seulement du peuple, mais des hommes
« les plus versés dans tous les secrets de la
« médecine ».

Louis Lobera dit que « le mal français n'a-

« vait été observé nulle part, et qu'il était « complètement inconnu aux anciens qui n'en « ont consigné aucun indice », quoiqu'ils aient mentionné et traité d'autres maladies analogues.

Selon Pierre Meynard, c'est une « maladie « épidémique qui a éclaté pour la première fois « de son temps ».

Antoine Benivenius commence son histoire, en disant qu'une « maladie nouvelle » a envahi en 1496 non seulement l'Italie, mais presque toute l'Europe.

Alphonse Ferri n'a pas trouvé dans les écrits des anciens « un seul mot sur la maladie ap- « pelée mal français ». Cet auteur croit à la provenance américaine ».

Jean de Vigo pose en fait, que la maladie qui a envahi presque toute l'Italie, est d'une « nature inconnue » ; ce qui lui a valu différents noms, chez diverses nations.

Léonard Fuchsius se flatte d'avoir démontré,

que la maladie appelée tantôt « mal français », tantôt « mal espagnol » ou « mal napolitain » est « nouvelle et complètement ignorée des temps antérieurs ».

Gabriel Fallope entre en matière, en réfutant l'opinion qui confondait le mal français avec la lèpre, et il conclut que c'est une « maladie qui « n'existait pas dans les temps anciens et dont « on n'avait jamais entendu parler ».

Barthélemy Montagnana expose les raisons nombreuses d'après lesquelles il est probable que la maladie, dont il est témoin, « n'était pas connue « d'Hippocrate, de Galien, d'Avicenne. C'est pour « ce motif qu'elle n'a pas encore de nom spécial. « Si Avicenne l'avait observée, il en aurait traité « dans un chapitre à part, et lui aurait donné un « nom, comme à tant d'autres maladies ».

Benoît Rinio, après avoir proposé quelques vues théoriques, en déduit que le « mal français « doit être né de son temps et n'a pas existé

« autrefois. Cela est rendu évident », dit-il, « par « l'absence de tout indice de cette maladie dans « les écrits des anciens; de même qu'on découvre « chez les Arabes, des maladies complètement « ignorées d'Hippocrate, de Galien et même « d'Avicenne ».

Pour Bernard Tomitanus, c'est « une nou- « velle et insolite infection dont les hommes, et « en particulier la nation italienne, n'avaient « jamais entendu parler ».

Michel-Jean Pascal accentue sa conviction, en disant que cette maladie, qui n'est que trop connue de ses contemporains, « n'a pas été vue « par les anciens, même en songe ».

Ulrich de Hutten dans l'intéressant opuscule (1) que nous avons déjà eu l'occasion de mentionner, s'exprime ainsi qu'il suit :

(1) U. de H. eq. De guajaci medicina et morbo gallico liber unus. Moguntiae 1524.

« Il a plu à Dieu de faire naître de notre temps des maladies qui, suivant les apparences, étaient inconnues à nos ancêtres. L'an 1493 environ de la naissance de Jésus-Christ, un mal pestilentiel se déclara.... les médecins évitaient non seulement la vue de ceux qui en étaient attaqués, mais ils se gardaient bien d'en approcher, ce qu'ils n'avaient jamais fait pour aucune maladie ».

Fracastor, qui, dans sa jeunesse, assista aux premiers débuts du mal et composa en cette occasion son célèbre poëme, qu'il dédia au cardinal Bembo (et nos tribus libellis ad Petrum Bembum latinis carminibus nonnulla primum lusimus, quum juniores essemus, ac civitate pestilentia gravi vexata, etc.), paraît être lui-même de cet avis:

« Nec eam cognovit Ibera
Gens prius, ignotum quae scindere puppibus [aequor
Ausa fuit, quam quos disterminat alta Pyrene,

Atque freta, atque Alpes cingunt, Rhenusque
[bicornis, etc. ».

Et il croit à la provenance américaine de cette infection :

« tempore ab illo
Ex quo lecta manus solvens de litore Ibero
Ausa fretum tentare, vagique incognita ponti est
Aequora et orbe alio positas perquirere terras :
Illic namque ferunt aeterna labe per omnes
Id morbi regnare urbes, passimque vagari
Perpetuo cœli vitio atque ignoscere paucis.
Commerci ne igitur causa accessisse putandum est
Delatam contagem ad nos, etc. ? »

Fracastor, nous le remarquons en passant, observa aussi que la syphilis frappait l'homme de préférence sur tous les êtres animés :

« Illa quidem non muta maris, turbamque natantum,
Non volucres, non bruta altis errantia sylvis,
Non armenta boum, pecudesve, armentave equarum
Infecit, sed mente vigens ex omnibus unum
Humanum genus et nostros est pasta sub artus. »

Et il fut aussi le premier qui dénonça et énuméra les ravages que le traitement mercuriel, tel qu'on le pratiquait de son temps, exerçait sur les malades :

« Os et palatum — dit-il (1) — exulcerantur (stomatite), ac sordities tanta per os concitatur per dies XV et amplius, ut nihil foedius, nihil intollerabilius videatur : cibus nullus mandi potest, etiam vix sorberi datur, *dentes luxantur*, somnus adimit et breviter per id tempus nihil gravius sentiri potest ; multi praeterea sublato morbo tremuli remansere, *multis revixit labes* (néurasthénie et efficacité douteuse de ce traitement). »

Mais, pour revenir à notre sujet, il est vrai qu'il y a eu sur la question de l'origine de la syphilis, quelques dissentiments parmi les méde-

(1) Hieronymi Fracastorii. De contagionibus et contagiosis morbis et eorum curatione libri tres. Venetiis, apud Juntas MDLXXIV.

cins de l'époque; mais ne sait-on pas qu'on a vu de tout temps des hommes qui se font un mérite de ne pas penser comme tout le monde ? Quel est d'ailleurs le problème médical qui puisse se flatter d'avoir réuni l'unanimité des suffrages ?

Dans l'espèce, il importe de remarquer que les rares contradicteurs s'appuient sur des théories plus ou moins arbitraires. Ou bien, ils considèrent la syphilis comme une forme de la lèpre. Ou bien, en comparant les maladies analogues de l'antiquité, ils confondent toujours, dans leur analyse superficielle, les désordres résultant de l'abus ou des écarts de la fonction génitale, avec ceux qui dépendent de l'action d'une cause spécifique.

Apprécions donc maintenent les preuves directes de l'antiquité de la syphilis, qu'on prétend avoir trouvées dans les vieux écrits :

On a beaucoup parlé de l'*écoulement urèthral* (*fluxus seminis immundus*) signalé par Moïse, qui prescrit une foule de précautions préservatrices.

La maladie dont il s'agit et qui n'est peut-être autre que notre *gonorrhée* simple (1), dépend d'une foule de causes complètement étrangères à la syphilis. L'usage ou l'abus de certains excitants suffit pour la provoquer. On en a accusé la bière et autres boissons fermentées. Certains états morbides se l'associent souvent comme complication. Lorsque ce phénomène se montre chez des sujets entachés du vice scrofuleux ou dartreux, sa durée peut en faire soupçonner à tort la nature syphilitique.

Je dois aussi mentionner certaines causes externes qui agissent mécaniquement sur l'organe, et en modifient ou en activent la sécrétion. L'acte vénérien trop répété, la disproportion de volume

(1) On ne sait pas encore exactement aujourd'hui si cet écoulement est dû à la présence du Gonococcus, découvert par Neisser en 1879 ou à des infections secondaires par des organismes pyogènes.

des parties, les manœuvres brutales de l'onanisme, le passage ou le séjour d'une sonde, etc., toutes ces actions peuvent amener un écoulement de muco-pus, plus ou moins abondant et prolongé.

Le témoignage de Moïse n'est donc pas démonstratif. Il est à croire, d'après l'excès de précautions prescrites par le législateur, que la *gonorrhée* simple tenait, dans la pathologie des Hébreux, une place plus grande que dans la nôtre. La cause en était probablement dans l'influence du climat, leur mauvais régime et leur incontinence, certifiée par l'Histoire.

Hippocrate mentionne sous le nom de *mal féminin* (morbus femineus) une maladie très répandue chez les Scythes, et qui a donné lieu à de nombreux commentaires. La maladie des Scythes n'est pas même une forme du mal vénérien simple ; *a fortiori*, elle n'a rien de commun avec la syphilis. Il s'agit, selon toute apparence, d'une atrophie locale qui amortit ou éteint tout appétit vénérien.

Quant aux *ulcères des parties honteuses*, décrits par Hippocrate (1), il est évident qu'ils ne sont que des manifestations spéciales de certaines maladies aiguës et épidémiques, que l'auteur rapportait à l'influence d'une *constitution pluvieuse*. Ces maladies étaient fébriles et rapides dans leur cours, tandis que la syphilis est d'ordinaire chronique et sans fièvre. Leur guérison était spontanée, ce qui n'appartient pas non plus à la vérole. Dans le cas où l'art intervenait avec succès, les moyens employés n'étaient pas de ceux qui ont une action antisyphilitique.

Celse (2) décrit exactement la « balanite », le « phymosis », le « paraphymosis avec ulcères sous-jacents nets et secs, humides ou purulents », les « petits tubercules (φυματα) de la couronne du gland », le « chancre », les « vé-

(1) Hippocrate, Epid. Lib. III sect. 3.
(2) Celsi. *De medicina*. Lib. VI, cap. XVIII.

gétations », les « ulcères phagédéniques », le « charbon de la verge », l' « orchite », le « condylome », les « rhagades de l'anus », etc.

Le *phymosis*, réduit à lui-même, ne passera jamais pour un symptôme de syphilis. Il peut résulter d'une foule de causes, parmi lesquelles figure souvent une conformation vicieuse du prépuce qui l'empêche de découvrir le gland, surtout quand celui-ci est tuméfié par l'inflammation. Or, c'est précisément le cas auquel Celse fait allusion :

« Si ex inflammatione — dit-il — coles intumuit, reducique summa cutis aut rursus non potest, multa calida aqua fovendus locus est, etc. ». (1).

Les ulcères et autres altérations concomitantes qu'il signale peuvent n'être que des formes de scrofule, de charbon, de cancer même, ou bien

(1) l. c. § 2.

des tumeurs anales simples. hémorrhoïdales ou autres.

En lisant sans prévention le chapitre où Celse étudie les *maladies honteuses (obscœnarum partium vitia)*, on n'y voit rien qui indique quelque chose de spécial ; rien surtout qui laisse soupçonner des relations sexuelles anomales ou illicites

Pline le jeune, raconte l'histoire d'une femme qui s'était noyée dans le lac de Côme, parce que son mari avait « les parties secrètes rongées par « des ulcères chroniques. (Maritus ex diutino « morbo circa velanda corporis ulceribus putrescebat » (1).

Cet acte de désespoir, inspiré par un insurmontable dégoût, a-t-il quelque rapport avec la nature, présumée syphilitique, de la maladie du mari ?

Remarquez que Pline ne nous dit pas que la

(1) Lib. VI, epist. 24.

femme eût été elle-même contaminée. Observe-t-on de pareils faits aujourd'hui en plein règne de la syphylis ? Que de femmes cependant paient cher leur soumission à certains devoirs, quand leurs maris sont plus exigeants avec elles, qu'ils n'ont été prudents dans leurs infidélités conjugales !

L'historien Joseph nous apprend qu'Hérode avait, avant de mourir, les *aines gonflées par des phlegmes humides et les parties génitales en pourriture : « Similiter phlegmate humido tumebant inguina, ipsa quoque verenda putrefacta scatebant »*. (1).

Prétendre retrouver dans cette description les indices certains de la syphilis, ce serait affirmer que les mêmes désordres ne sont jamais l'effet de maladies absolument étrangères à l'infection syphilitique.

Cette objection s'applique à la plupart des faits

(1) Antiquit. judaïc. XVII. 8.

du même genre, dont on grossit le nombre, sans ajouter à la valeur de leur témoignage.

Apion, le blasphémateur, succombe aux suites d'un ulcère qui avait envahi ses parties génitales : *ulcere ei circa naturam facto* (1).

Valère Maxime, très porté à la débauche, meurt couvert d'*apostèmes* et dévoré par des *ulcères fistuleux* (2).

Dans tout cela, je ne vois rien qui démontre la syphilis.

Héron, se rendant à Alexandrie, se livre à des excès de table, et s'abandonne, en état d'ivresse, à toutes les ardeurs du coït : un anthrax se forme au gland et amène promptement la gangrène et la chute spontanée des organes génitaux : « *Virilia membra computruerint et sua sponte ceciderint* » (3).

(1) Josèphe, l. c.
(2) Eusèbe : Hist. ecclesiast. Lib. VIII, c. 28.
(3) Pallade : Histor. lausiaca. Lib. B. c. 32.

Nous sommes ici en présence d'une forme gangréneuse, mais ce n'est pas ainsi que se comporte la syphilis.

Il est bon de noter que dans la plupart des observations analogues, rapportées par les auteurs, on ne découvre aucune indication de rapprochements suspects, de contaminations accidentelles. On signale vaguement la vie dissolue des sujets: circonstance qui implique leur prédisposition à des affections ulcératives ou gangréneuses, abstraction faite de tout principe syphilitique.

Les poëtes latins, dont la plume est sans retenue, renferment, dit-on, des allusions directes à la vérole. Juvénal et Martial, entre autres, ont désigné des désordres locaux, qu'on a voulu attribuer à cette origine.

Juvénal reproche à un individu de s'être fait couper des *marisques* ou *fics*, sortes d'excroissances charnues qui siègent au fondement :

« Castigas turpia cum sis
« Inter socraticos notissima fossa cinædos :
« Hispida membra quidem et duræ per brachia setæ,
« Promittunt atrocem animum : sed podice lævi,
« Cæduntur tumidae, medico ridente, mariscæ(1)».

Martial, en plusieurs endroits, tourne en ridicule ceux qui avaient ces excroissances, et raille vertement un certain Cicilianus qui était coutumier du fait (2) :

« Cum dixi ficos rides quasi barbara verba
Et dici ficus, Ceciliane, jubes.
« Dicemus ficus quos scimus in arbore nasci:
Dicemus ficos, Ceciliane, tuos ».

Il est évident que les deux poëtes n'ont eu en vue que la source ignoble de ces tumeurs, et qu'ils ont voulu venger la morale publique.

Si le chirurgien sourit, comme dit Juvénal, en excisant des marisques, c'est qu'il devine les

(1) J. Juvenalis Satyræ. S. II. v. 9-13.
(2) V. Martialis Epigramm. Lib. I. LXVI.

habitudes infâmes du sujet. Ce n'est pas ainsi que le médecin de nos jours accueille les confidences de son client, quand il est appelé à réparer les méfaits de la syphilis.

Lorsque Martial poursuit aussi de ses moqueries, ceux qui avaient des végétations anales, indice certain de leur dépravation, sa censure ne tombe pas sur une maladie réputée honteuse, mais sur les mœurs d'une société qui tolérait de pareils écarts.

Aujourd'hui encore, on n'a que trop d'occasions de s'assurer que les mêmes désordres locaux ont la même origine, sans que la syphilis, dont on saurait bien découvrir l'empreinte, ait rien à réclamer.

On a beau élever de simples analogies au rang de caractères essentiels, on ne fera jamais sortir des textes anciens, une image complète de l'affection syphilitique de notre temps.

Il ne faut pas aussi perdre de vue, quand on

confronte les documents historiques, et tout particulièrement ceux du moyen âge, que la lèpre n'avait pas complètement abandonné l'Europe au XV$_e$ siècle, et qu'en qualité de maladie contagieuse, elle a pu, dans les premiers temps, se confondre avec la syphilis.

Les médecins arabes, en maints endroits de leurs livres, affirment que le commerce avec une femme infectée de la lèpre, provoque la formation d'ulcères à la verge.

L'Anglais Jean de Gaddesden insiste sur ce fait dans un livre où il traite de la cohabitation avec les lépreuses (1).

Michel Scott, qui écrivait en 1477, c'est-à-dire seize ans avant la naissance de l'épidémie syphilitique, s'exprime comme il suit à l'égard de l'infection lépreuse (2) :

(1) J. de G.: De concubitu cum muliere leprosa. 1492.

(2) M. Scott: De procreatione hominis physionomia, cap. VI, 1477.

« Les femmes deviennent livides et ont des écoulements. Si une femme est en cet état, et si un homme vient à la connaître, sa verge est facilement viciée, comme on le voit pour les jeunes adolescents qui, ignorant cela, ont souvent la verge malade ou sont pris de la lèpre. Il faut savoir aussi, que si un écoulement existait à l'époque de la conception, le fœtus est plus ou moins vicié et, en ce cas, l'homme doit s'abstenir de tout rapport et la femme doit lui résister par prévoyance ».

Ce serait absurde de vouloir voir dans ce texte de M. Scott autre chose qu'une description de l'infection lépreuse; ce serait faire tort aux mots mêmes qu'il emploie.

Je néglige d'autres citations qui laissent les mêmes motifs d'incertitude, pour reproduire un passage sur lequel comptent beaucoup les défenseurs de l'antiquité de la syphilis. Ce passage appartient à Guillaume de Salicet, célèbre médecin

italien du XIII[e] siècle, dont la *Chirurgie* fut imprimée pour la première fois en 1476.

En parlant des bubons ou abcès de l'aine qu'il attribue, d'après les principes d'Hippocrate, soit à une matière froide descendue du foie, soit à una matière chaude, soit à une humeur sanieuse, Guillaume de Salicet dit que cette tumeur inguinale survient « quand l'homme a reçu une corruption à la verge, pour avoir cohabité avec une femme sale ou pour toute autre cause (*propter concubitum cum muliere fœda aut ob aliam causam*) » (1).

De ce texte, dont nous ne contesterons pas la valeur, on pourrait en rapprocher plusieurs autres, remontant à peu près à la même époque.

Lanfranc, élève et copiste de Guillaume de Salicet (1295), parle aussi de bubons survenus à

(1) Cyrurgia magistri Guilielmi de Saliceti, Placentini, 1476. I, 42.

la suite d'ulcères de la verge, *propter ulcera virgæ* (1).

Guy de Chauliac en 1360 (2), Valescus de Tarenta en 1418 (3) et Pierre de Argellata (4) en 1480 décrivent des *ulcères nés du commerce avec une femme sale, impure, et cancéreuse* (*ex coïtu cum fœtidâ vel immundâ vel cancrosâ muliere*).

Ces passages, si explicites en apparence, restent très vagues.

Il faut se rappeler que la lèpre sévissait encore en Europe du temps de ces écrivains.

L'impureté de la femme représente-t-elle un de ces flux lépreux dont nous avons déjà constaté les effets possibles ?

---

(1) Parva cyrurgia magistri Lanfranci. Venetiis 1490. T. III. d. II. c. II.

(2) Cyrurgia Guidonis de Cauliaco. Venet. 1490.

(3) Practica Valesci de Tarenta. Venet. 1502.

(4) P. de Argellata : Chirurgiæ libri sex T. VI. Venet. 1480.

S'agirait-il du cancer à la matrice ? On sait très bien maintenant qu'il est communicable, surtout dans les rapports conjugaux.

D'autre part, on sait que les bubons peuvent être le symptôme d'affections très différentes et succéder, chez les individus prédisposés, à l'irritation réflexe, provoquée par de simples écorchures du gland ou par de légères ulcérations sans caractère spécifique.

Ce qui fait défaut surtout dans les descriptions des médecins antérieurs à l'année 1493, c'est le tableau clinique des manifestations syphilitiques.

Les maladies non virulentes, puisées dans les rapprochements intimes, ont nécessairement existé de tout temps, en vertu même de la destination des organes génitaux, de leur structure, de leur mode de sécrétion, de leur délicat mécanisme.

Sur ce point, il ne saurait y avoir de désaccord, pas plus que sur l'existence, à toutes les époques, des maladies de l'estomac ou du cerveau. On a

toujours observé des lésions purement locales et de formes diverses, résultant du coït trop souvent répété ou pratiqué dans des conditions défavorables.

Ne sait-on pas que ces divers désordres, qui n'ont rien de spécifique, acquièrent une intensité insolite dans des constitutions simplement scrofuleuses ?

Que de fois la syphilis, qui tient une si grande place dans notre pathologie, est faussement soupçonnée, même par l'expérience la plus sûre ?

Les femmes si sujettes aux écoulements simples des organes génitaux, sont la source la plus fréquente, chez l'homme, des écoulements qui ne peuvent être considérés alors comme un effet d'imprégnation virulente (1).

Il n'est pas rare de trouver, dans la région vulvo-anale, des végétations qui prennent souvent

(1) Ricord: Lettres sur la syphilis. 3e l. Paris, 1863.

de grandes proportions, qu'on croirait, au premier abord, syphilitiques et qui sont survenues chez des femmes notoirement exemptes de toute affection suspecte. C'est un accident local, résultant de causes très diverses, peut-être combinées, et dont il n'est pas facile de saisir le mode d'action. La preuve qu'elles ne sont pas l'expression d'une diathèse syphilitique ou autre, c'est qu'un traitement, exclusivement local, suffit pour les guérir. L'excision est la meilleure méthode. En cas de repullulation, on les excise de nouveau et, sans traitement général, on obtient leur disparition complète.

Il n'y a pas de raison pour que ces maladies *pseudo-syphiliformes* — qu'on nous passe ce mot — n'aient existé dans l'antiquité ; et, comme de nos jours, elles ont été combattues avec succès par des topiques.

Quand on consulte les anciens sur la thérapeutique qu'ils appliquaient aux maladies qu'on

prétend rattacher au germe de la vraie syphilis, on voit qu'ils s'adressent uniquement aux organes génitaux, et ils sont unanimes pour proclamer l'efficacité de leur méthode.

Contre les ulcères et les végétations, on conseille, dans les cas les moins graves, de simples lotions *émollientes*, *détersives*, *astringentes*, ou légèrement *caustiques*. Les baumes, les liniments qu'on emploie, ne diffèrent en rien de ceux qui remplissent banalement la même indication, dans les maladies les plus diverses.

On dira que les anciens, privés de spécifique, se trouvaient réduits, malgré eux, au pis aller de la cure palliative. Mais il est prouvé que ces agents ne se bornaient pas à atténuer momentanément les symptômes : leur action était suivie d'une guérison complète, sauf, bien entendu, les cas, extrêmement rares, où la gravité des désordres locaux était au-dessus des ressources de l'art.

Or, sans invoquer le vieux et désabusé apho-

risme « *naturam morborum ostendunt medicationes*, est-ce ainsi que les choses se passeraient dans la pratique actuelle, si le traitement se bornait au pansement de la verge ou du vagin ? Ce fait seul n'ébranle-t-il pas l'échafaudage des partisans de l'ancienneté de la syphilis ?

Dans les cas plus sérieux, on obtenait la guérison par l'application du feu et l'excision des parties altérées. On amputait le membre viril, quand il était dévoré par des ulcères phagédéniques ; et Celse recommande d'enlever, à l'aide du bistouri, toute la partie malade, en empiétant un peu sur la partie saine : « *Scalpello quidquid corruptum est sic, ut aliquid etiam integri trahat, præcidi debet* » (1). Oribase répète le même conseil, à l'occasion des ulcères du pénis.

S'il avait été question de véritable syphilis, est-il croyable que ces moyens chirurgicaux eus-

(1) Celse. Op. cit. c. XVIII, § 3.

sent suffi, sans autre traitement ultérieur, pour guérir l'affection morbide traduite par l'altération locale ?

Aujourd'hui, dans les cas devenus rares, où les ravages de la vérole ont assez profondément compromis la verge pour en exiger le sacrifice, le chirurgien croirait-il avoir achevé son œuvre, en déposant ses instruments ? Serait-il aussi rassuré sur les suites probables, que l'étaient Celse, Oribase et leur école clinique ?

En résumé, quand on dit que la syphilis ancienne était locale et cédait aux moyens chirurgicaux ou externes, on dresse entre elle et la vérole de nos jours, une séparation radicale que les textes les plus complaisants et les hypothèses les plus subtiles ne parviendront pas à supprimer.

Je ne veux pas enfin passer sous silence un document qui, s'il était authentique, serait une preuve démonstrative de l'ancienneté de la syphylis. Je veux parler des *Statuts de la reine de*

Naples, *Jeanne Ire*, relatifs à l'établissement d'un lieu de débauche à Avignon, en l'an 1347, c'est-à-dire cent quarante-six ans avant l'épidémie du XVe siècle. Ce document, écrit en provençal, fut publié par Astruc pour la première fois.

Dans ces statuts, qui règlent les mesures de police applicables aux mauvais lieux, on lit à l'article 4, cette disposition catégorique :

« La reine veut que tous les samedis, le baillive et un barbier député par les consuls, visitent toutes les filles débauchées qui sont au bordel; et s'il s'en trouve quelqu'une qui ait le mal provenant de paillardise, qu'elle soit séparée des autres filles et logée à part, afin que personne ne puisse avoir commerce avec elle, et qu'on évite ainsi le mal que la jeunesse pourrait prendre ».

Si ce document était authentique, il n'y aurait pas de doute que ce *mal venu de paillardise*, comme dit le texte provençal, ne fût pas la syphilis moderne, contre laquelle on prenait déjà les pré-

cautions préservatives, tant recommandées et surveillées de nos jours.

Mais ces statuts ne sont que de pure invention. On l'a reconnu depuis longtemps. Quelques mystificateurs avignonnais employèrent assez d'adresse dans leur supercherie pour surprendre la bonne foi de quelques écrivains du dernier siècle, jusqu'à ce qu'on n'éleva des doutes sérieux à cet égard, doutes qu'une critique sévère ne put que confirmer.

Il faut ausai apprécier, dans un sens favorable à l'origine moderne de la syphilis, la masse des noms qui affluèrent de partout pour la désigner au XV[e] siècle. Jean de Vigo, qui écrivait en présence du fléau, nous apprend que les Gênois l'appelèrent *lo male delle tavelle*; les Toscans *lo male delle bulla*; les Lombards *lo male delle brosule*; les Espagnols *las buas* (1).

(1) Johannis de Vigo, Genuensis: t. V. Chirurgiae practicae: De morbo gallico tractatus, cap. I.

Je n'ai pas besoin de dire que ces dénominations se tirent de l'éruption pustuleuse de la peau qui était alors un des principaux symptômes.

Le peuple ne sachant, dans son effroi, à quel saint se vouer, chercha, parmi eux, celui qui rassurait le mieux sa foi ou paraissait de meilleure composition ; c'est ainsi que la syphilis se retrouve sous les noms de mal de *Sainte-Reine*, *Saint-Mève*. *Saint-Sément*, *Saint-Job*, *Saint-Rémi*, *Saint-Evagre*, *Saint-Roch*, etc.

A l'inverse des villes de la Grèce, qui se disputaient l'honneur d'avoir donné le jour à Homère, les populations du XVe siècle se renvoyaient la honte d'avoir été le berceau de la hideuse maladie.

Les Italiens l'appelèrent « mal français » ; les Français ripostèrent par « mal de Naples ». Une fois en voie de représailles, on eut aussi le « mal espagnol », le « mal des Turcs », le « mal des Persans », le « mal des chrétiens », le « mal des Allemands », le « mal des Polonais », etc.

N'était-ce pas dire clairement que c'était le mal de tout le monde; qu'il était né dans une tourmente épidémique; et qu'on perdait son temps à rechercher la patrie d'un fléau cosmopolite et universel ?

Les médecins hésitèrent longtemps pour le choix d'un nom scientifique. On lit çà et là dans leurs écrits : *Mentagra, mentulagra, pudendagra, patursa, gorre, grand'gorre,* etc.

C'est Fernel qui, par esprit de conciliation et pour régulariser la langue pathologique, imagina le nom de *mal vénérien* (*lues venerea*) qui indiquait sa source ordinaire, tout en ménageant les susceptibilités nationales.

Quant au mot *vérole,* usité en France, il servit dans le principe, à représenter la bigarrure de la peau couverte de pustules. Mais comme l'exanthème varioleux s'appelait autrefois *vérole* tout court, ce nom, qui avait été aussi donné à la syphilis, dès son apparition en 1493, fut bientôt

remplacé par celui de *grosse vérole* qui prévenait toute confusion (1). Plus tard, l'épithète qui avait été surajoutée, fut abandonnée, lorsqu'on eut contracté l'habitude de désigner exclusivement la fièvre éruptive par la dénomination de *petite vérole*, qui ne prêtait plus à l'équivoque.

On croit généralement que le mot *syphilis*, qui est devenu le nom décent de la maladie, soit né de la fantaisie poétique de Fracastor.

Nous ne le croyons pas : nous croyons que ce nom ait été importé d'Amérique avec la maladie même et la fable poétique contenue dans le poëme de Fracastor ne soit pas de son invention, mais bien une tradition populaire ancienne, qui voyait dans ce fléau un châtiment des dieux.

Quoi qu'il en soit, voici l'étymologie de ce nom d'après Fracastor :

(1) Arresté du Parlement de Paris, portant réglement sur le fait des malades de *grosse vérole* en date du 6 mars 1496. (Lobineau, Hist. de la Ville de Paris. t. IV, p. 613).

Dans un temps très reculé, en Amérique, Syphilus était le gardeur des troupeaux d'un grand et puissant roi, nommé Alcithoo.

Syphilus (ut fama est) ipsa hæc ad flumina [pastor
Mille boves, niveas mille hæc per pabula regi
Alcithoo pascebat oves.

Il paraît que pendant une canicule atroce, ses troupeaux souffrant beaucoup à cause de la chaleur, Syphilus cherca querelle au Soleil, en lui disant un tas de choses désagréables et il convainquit ses compagnons de lui refuser toute adoration, en adressant à l'avenir leurs offres et leurs prières au roi Alcithoo, qui était bien plus riche et puissant que le Soleil lui-même.

Sic fatus, more nulla, sacras in montibus aras
Instituit regi Alcithoo et divina facessit.
Hoc manus agrestum, hoc pastorum cœtera turba
Exequitur.

Le châtiment du dieu ne se fit pas attendre :

Protinus illuvies terris ignota profanis
Exoritur, primus, regi qui sanguine fuso
Instituit divina, sacrasque in montibus aras,
Syphilus ostendit turpes per corpus achores.
Insomnes primus noctes, convulsaque membra
Sensit, et a primo traxit cognomina morbus,
Syphilidemque ab eo labem dixere coloni.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, il s'agit très probablement d'une ancienne légende américaine, revêtue de beaux vers par Fracastor.

Cette interprétation nous paraît plus raisonnable que celle proposée par Swediaur, Ricord et d'autres au sujet de l'étymologie du mot syphilis.

Il y a dans l'histoire de la syphilis un fait, qui a été très contradictoirement interprété et qui nous paraît une preuve de plus en faveur de sa nouveauté.

On la voit, en effet, revêtir des caractères

insolites jusqu'au moment où, libre de cette entrave, elle prendra les formes qui lui sont aujourd'hui familières.

Le célèbre Ricord dit vrai, lorsqu'il reconnaît que l'épidémie du XVe siècle, qu'il appelle avec esprit, à raison de sa date et de son épouvantable gravité, le *quatre-vingt-treize* de la syphilis, ne ressemble pas à nos maux vénériens actuels.

Ce qu'on remarquait le plus dans le principe, c'était l'état pustuleux de la peau, et les douleurs des membres, qui étaient une véritable torture pour les malades. Les lésions des organes génitaux n'étaient qu'en sous-ordre, et manquaient quelquefois complètement.

Des pustules assez dures ou proéminentes et de mauvais aspect, se montraient sur toute l'étendue de la tête, sur le front, autour de la racine des cheveux, ou dans d'autres parties du corps et principalement aux angles des lèvres ; et c'est ce symptôme qui a frappé le plus l'attention des observateurs.

Jean Lemaire, poëte français du commencement du XVIe siècle, nous a laissé le portrait de ces malades :

« Il leur naissait de gros boutons sans fleur ;
« Si très ideuls, si laits et si énormes,
« Qu'on ne vit onc visaiges si difformes;
« Ni onc en ne reçeut si très mortelle injure
« Nature humaine en sa belle figure,
« Au front, au col, au menton et au nez ;
« Onc on ne vit tant de gens boutonnez ».

Le malade éprouvait dans la tête et dans les membres, surtout aux jambes, des douleurs qui augmentaient toujours pendant la nuit. Il y avait aux aines, des bubons dont la suppuration était salutaire. On observait des crevasses, avec écailles sèches, à la paume des mains et aux pieds. Le plus souvent se formaient, sur le pénis, des ulcères de mauvaise apparence, durs et calleux, lents à guérir. En explorant la gorge, on constatait le relâchement de la luette, et la présence

d'ulcères sordides qui suppuraient rarement. Il faut ajouter à tout cela, l'éruption de certaines tumeurs dures, adhérentes à la peau et aux os, et qui portaient le nom de *gommes*. Ces tumeurs pouvaient s'ulcérer et amener des caries osseuses.

Nicolas Massa (1), à qui ce tableau est emprunté, fait remarquer que ces divers symptômes n'étaient pas réunis sur le même sujet. Un seul, tel que la pustulation, l'ulcère du pénis, le bubon inguinal ou les écailles des mains, suffisait au diagnostic.

Quand ces indices étaient nombreux, le doute n'était plus possible.

Les pustules de la peau qui grossissaient peu à peu, laissaient couler, en s'ouvrant, une grande quantité d'humeur fétide, et dégénéraient en ulcères phagédéniques.

Fracastor, grave autorité par la date de ses

(1) Nicolaï Massæ: De Morbo gallico, cap. VII.

écrits et sa spécialité syphiligraphique, nous apprend que depuis environ six ans (1538-1539), il ne voyait de pustules que sur quelques rares malades. En revanche, les tumeurs gommeuses augmentèrent de fréquence. Alors aussi apparut l'*alopécie* générale, qui fut un grand sujet de surprise, et le médecin poëte a dépeint, en vives couleurs, la physionomie bizarre des sujets, privés absolument de cheveux, de sourcils et de barbe (1).

Rien ne prouve mieux la nouveauté de la syphilis, que la diversité et l'absurdité même des hypothèses imaginées pour l'expliquer.

On n'y vit d'abord qu'un effet de la vengeance divine :

« Un mal qui répand la terreur,
« Mal que le ciel, en sa fureur,
« Inventa, pour punir les crimes de la terre ».

(1) Fracastor : De morbis contagiosis. L. II, cap. 11, De Morbo gallico,

Mais cette explica'ion n'était satisfaisante à aucun point de vue, et la science, tenue de donner son avis, sans sortir de sa sphère, comprit qu'elle devait chercher des causes générales, pour un fléau dont la progression semblait sans limites.

L'astrologie resta digne d'elle-même. Aux yeux du plus grand nombre, Saturne, l'ogre de la légende païenne, fut l'auteur responsable de tous ces maux (1). On ne pouvait seulement se mettre d'accord sur les conjonctions des planètes, accusées de présider à ce grand désastre. C'était tantôt Saturne et Mars, Jupiter et Mars, Mars et Vénus, etc, ou plutôt la conjonction des trois planètes supérieures, telles que Saturne, Jupiter et Mars qui, d'après ce que nous apprend Fracastor, n'arrive que très rarement et, lorsqu'elle arrive, apporte toujours de grands malheurs. (Qui

(1) Petrus Martyr, epist. 65, pag. 34.

conventus et raro accidere solet et, quum accidit, magna semper apportare consuevit, etc.).

Les médecins, mécontents des astrologues, reprirent leurs théories favorites. On invoqua la prédominance d'une des quatre humeurs radicales, et principalement le transport d'une matière bilieuse, du foie sur les parties génitales. Ces désordres fonctionnels avaient été provoqués par certaines causes externes, parmi lesquelles on donnait le premier rang aux pluies longues et abondantes qui avaient marqué l'année 1493 et avaient été suivies d'inondations générales. Cependant, le caractère insolite de la maladie ne s'accordant pas avec cette pathogénie vulgaire, la fertile imagination des contemporains voulut, à tout prix, combler la lacune.

On prétendit que l'eau des puits qui avaient abreuvé l'armée française, sous les murs de Naples, avait été empoisonnée; que la cupidité des fournisseurs avait mélangé au pain des soldats,

non seulement du plâtre, mais du sang de lépreux. Fioravanti (1), célèbre empirique d'Italie, raconte qu'on eut la pensée de nourrir les troupes avec la chair des cadavres, et que ce fut l'action de cette alimentation abominable qui produisit une maladie nouvelle, en rapport avec la nouveauté même de la cause : fable absurde, dont on regrette que Bacon ait été la dupe.

On me permettra de ne pas m'appesantir sur ce dévergondage d'hypothèses. Mais j'en conclus sans hésiter, que les médecins n'auraient pas mis ainsi leur esprit à la torture, s'ils n'avaient eu devant eux qu'une vieille connaissance.

Ceux qui s'inspirèrent des rêveries astrologiques eussent été peut-être les moins déraisonnables s'ils n'avaient pas poussé leurs conclusions aux extrêmes limites du croyable pour ce qui concerne la contagiosité de la maladie.

(1) Fioravanti Leonardo : Capricci medicinali. Venetiis 1564.

Cette infection étant, d'après eux, venue des astres, *tombée des nues*, comme ils prétendaient; de là à soutenir que sa transmission pouvait s'opérer par l'intermédiaire de l'air, il n'y avait qu'un pas à faire.

En 1529, le cardinal Wolsey, ministre d'Henri VIII, fut mis en jugement devant la Chambre haute, pour avoir parlé bas à l'oreille de son maître, avec l'intention de lui communiquer la syphilis dont il se savait atteint (1). Il est évident que si le roi prit ce prétexte pour se défaire de son conseiller, c'est que l'opinion publique reconnaissait alors ce mode de communication à distance.

Benoît de Victoriis parle d'un jeune homme qui fréquentait depuis longtemps une femme entachée de syphilis. Il s'était toujours contenté de

(1) Hume: Hist. of England, t. IV, pag. 451. Note C.

la baiser sur la bouche, sans se permettre de privautés plus intimes, et c'est par l'inspiration de son haleine *(solo flatu et spiritu)* qu'il contracta la maladie (1). On donnerait aujourd'hui de ce fait une autre interprétation, mais celle que donne l'auteur avait alors cours dans la pratique.

Les conséquences de cette absurde théorie ne se firent pas attendre. Les gouvernements s'empressèrent de reléguer les vérolés dans des villas et dans des endroits séparés du commerce des hommes : mesure qui s'inspirait de celle qu'on avait déjà prise au moyen âge à l'égard des lépreux.

Mais ce n'est pas tout. Les médecins qui avaient observé de près le fléau naissant, n'hésitèrent pas à reconnaître qu'il pouvait se développer *spontanément*.

Fracastor, qui peut être considéré comme l'or-

(1) Benedicti Victorii Faventini liber, cap. II, De Gallici Morbi Causis.

gane de l'opinion médicale, à une époque très voisine des débuts de la maladie, affirme expressément sa *spontanéité* :

« Quoniam imprimis ostendere multos
« Possumus, attactu qui nullius hanc tamen [ipsam
« Sponte sua sensere luem primique tulere (1) ».

Il reproduit la même pensée dans son traité en prose de la syphilis :

« Oriebatur in quibusdam sine ulla concepta contagione ».

Ce qui a peut-être provoqué et fait naitre cette seconde théorie de la *spontanéité* de la syphilis, ce fut la rapidité de sa diffusion. La syphilis se manifesta dans l'été de 1493 et presque simultanément dans toutes les parties de l'Europe. On se disait qu'il était impossible q'en trois mois elle eût été transportée à Berlin, à Halle à

(1) Fracastor: Shyphilidis lib. primus, v. 56,

Brunswick, dans le Mecklembourg, la Lombardie, l'Auvergne et autres pays, sans admettre sa spontanéité.

Vers la fin du XVIIIe siècle et dans les premières années du XIXe, on a signalé des épidémies de maladies vénériennes, qui par la rapidité de leur diffusion ont eu bien peu à envier à l'épidémie du XVe siècle. Cependant, bien que la bactériologie fut inconnue à ces époques-là à peu prés comme au XVe siècle, personne ne s'avisa de reconnaître dans leur mode de propagation ni la volatilité ni la spontanéité du virus syphilitique.

L'emploi du mercure et de ses préparations, qu'une fausse analogie désigna aux médecins, remonte à l'origine même du fléau, ainsi que l'attestent les auteurs contemporains.

La médication par les vapeurs mercurïelles pures est la première qui ait été opposée à la

syphilis, puisqu'on a combattu cette affection, dès le début de la grande épidémie de 1494, par les frictions d'abord, puis bientôt après par les fumigations et que, dans les deux cas, l'action médicamenteuse est exclusivemeut due aux vapeurs mercurielles.

Les fumigations qui entraînaient à leur suite les plus formidables accidents, furent assez promptement abandonnées et sans retour ; mais les frictions, malgré leurs inconvénients notoires, furent conservées et elles restèrent pendant près de deux cents ans l'unique moyen employé pour administrer le mercure aux syphilitiques.

Ulrich de Hutten (1) nous a laissé une description frappante des souffrances atroces auxquelles on exposait les malades par un traitement aussi violent. La salivation, provoquée par les frictions mercurielles, était tellement abondante,

(1) Ouv. cit.



que les dents en étaient ébranlées et une bave infecte coulait de la bouche ulcérée des malheureux syphilitiques. Il nous assure d'en avoir vu plusieurs mourir pendant le traitement, et ceux qui en sortaient vivants, emportaient avec eux pour le reste de leurs jours les stigmates des souffrances endurées.

C'est Jean de Vigo (1514) qui paraît avoir eu le premier la pensée de substituer au métal en nature un de ses composés minéraux, car on lui attribue la prescription de l'oxyde rouge à l'intérieur; mais l'introduction des mercuriaux dans le pratique fut surtout l'œuvre de Paracelse (1605), qui employa le précipité rouge, le nitrate de mercure, le mercure doux et le sublimé.

Après lui, Duchesne tenta l'essai du turbith minéral et celui d'un prétendu oxyde gris de mercure, et la découverte d'une foule de préparations nouvelles par les alchimistes et par les chimistes donna une grande extension à l'usage

des mercuriaux en général. Les préparations peu sûres primitivement mises en usage firent place, dans le XVII[e] et le XVIII[e] siècles, au sublimé préconisé d'abord par Wisemann (1667), administré plus tard par Turner (1707) dans l'eau-de-vie, mais mis surtout en vogue par Van Swieten (1), dont la liqueur tient encore une si grande place dans la thérapeutique de la syphilis.

C'est surtout depuis Van Swieten que les mercurialistes ont eu recours à l'emploi fréquent des mercuriaux, et on peut dire qu'ils ont épuisé, dans leurs essais, toute la série de ces composés.

Nos praticiens d'aujourd'hui, ayant à choisir dans cette pharmacopée mercurielle si riche et si variée, s'inspirent généralement de cette pensée que tous les mercuriaux ont sensiblement la même vertu curative, et les motifs de leur pré-

(1) Van Swieten : Von venerischen Krankeiten und ihrer Heilart, 1791.

férence pour tels ou tels d'entr'eux, sont tirés, non pas d'une opinion raisonnée sur leur valeur intrinsèque, mais de considérations empruntées surtout aux conditions de tolérance présentées par les malades.

Le plus grand désordre règne encore aujourd'hui dans l'administration de ce médicament ; il y a les partisans des *fortes doses* et les partisans des *doses minimes*, il n'y a pas de règle directrice bien certaine, mais les résultats obtenus par les uns et les autres sont à peu près les mêmes et il y a toujours des récidives à craindre.

C'est que le principe est faux, et on peut se demander s'il n'était par désormais convenable que l'on y substituât quelque chose de plus sûr, de plus curatif, de moins dangereux et surtout de plus scientifique que ce désabusé spécifique, inventé par un barbier à une époque où la biologie, la physiologie et la bactériologie étaient des sciences complètement inconnues.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

DE

QUELQUES FORMES PARASYPHILITIQUES

GRAVES

I

LÉSIONS OCULAIRES (1)

Que la syphilis soit la cause de lésions oculaires les plus variées et quelquefois de la cécité, on le sait depuis longtemps, mais ici plus que partout ailleurs on ressent la nécessité d'un diagnostic exact et précis, qui, en décelant la cause, puisse indiquer le traitement à suivre.

Même ici l'aveu du malade, si on peut l'obtenir, les adénopathies caractéristiques, les manifestations syphilitiques concomitantes peuvent nous éclairer sur la cause, plus ou moins éloignée, de l'affection morbide.

(1) Cfr. Arch. f. Ophthalm. et Arch. d'Ophtalm.

Nous pouvons ajouter qu'on peut tirer aussi quelque lumière pour éclairer le diagnostic, de la nature de la lésion oculaire : nous savons, par exemple, que la syphilis marque de la prédilection pour certaines formes morbides. Les iritis et les choroïdites sont très fréquemment d'origine syphilitique, mais elles peuvent avoir aussi pour causes le rhumatisme et la myopie : ce n'est donc pas sur un symptôme isolé, mais sur l'ensemble de tous les éléments séméiologiques, qu'on aura recueillis, qu'un diagnostic doit se fonder pour s'approcher de la vérité, autant que possible.

Mais ce n'est pas l'énumération des symptômes, qui peuvent accompagner une lésion syphilitique du bulbe oculaire, qui fait à présent l'objet de nos recherches : ces affections appartiennent plutôt à des spécialistes ; notre but doit donc être simplement celui de montrer quelle influence néfaste peut exercer la syphilis sur la vue et comme elle soit, en effet, l'une des causes les plus fréquentes de la cécité.

Les chiffres que nous allons relater, sont extraits d'un rapport présenté en 1902 au Congrès de la Société française d'ophtalmologie, par le docteur A. Trousseau, l'éminent médecin de l'Hospice des Quinze-Vingts.

Voici, d'après une statistique des causes de cécité chez les pensionnaires des Quinze-Vingts, relevée en 1892 et qui comprend 627 sujets examinés, c'est-à-dire 387 hommes et 240 femmes, quelles sont les affections ayant amené la cécité par ordre de fréquence :

L'atrophie papillaire 130
L'ophtalmie purulente. 161
Les traumatismes et l'ophtalmie sympathique. 68
Le glaucome. 66
Les maladies congénitales 44
Les maladies de la cornée 44
La myopie 34
La conjonctivite granuleuse 24

Voici une seconde statistique des causes de cécité chez les pensionnaires des Quinze-Vingts, relevée par le même Dr. A. Trousseau pendant la période décennale 1892-1902, et qui comprend 134 sujets examinés; 69 du sexe masculin et 65 du sexe féminin :

« *Maladies congénitales*, 18 :

	Hommes	Femmes
Amblyopie.	»	1
Anophtalmie congénitale . .	»	1
Atrophie papillaire congénitale	2	2
Buphtalmie.	1	1
Cataracte congénitale . . .	2	2
Glaucome congénital . . .	1	»
Rétinite pigmentaire. . . .	3	2

« *Maladies de la cornée*, 10 :

Kératites, leucomes	2	6
Ulcères à hypopion	2	»

« *Maladies de la conjonctive*, 14 :

	Hommes	Femmes
Conjonctivite purulente des nouveau-nés	2	6
Conjonctivite blennorrhagique	1	»
Conjonctivite granuleuse . .	3	2

« *Maladies de l'iris et de la choroïde*, 12 :

Irido-choroïdite syphilitique .	2	1
Irido-choroïdite rhumatismale.	1	3
Choroïdites.	2	1
Choroïdites myopiques. . .	1	1

« *Maladies du cristallin*, 3 :

Cataracte opérable	»	1
Luxation du cristallin . . .	»	1
Cataracte opérée sans succès.	»	1

Glaucome, 16 :

	Hommes	Femmes
Glaucome aigu non opéré. .	»	2
» » opéré . . .	1	»
Glaucome subaigu non opéré.	1	1
» » opéré . .	1	1
Glaucome chronique simple non opéré.	1	2
Glaucome chronique simple opéré	1	5

« *Maladies de la rétine*, 13 :

Décollement myopique. . .	6	5
Décollement traumatique . .	2	»

« *Maladies du nerf optique*, 26 :

Atrophie cause non précisée .	4	1
Atrophie tabétique	10	4
Atrophie cérébrale	2	2
Atrophie par paralysie générale	1	»
Atrophie après névrite . . .	1	2
« *Ophtalmie sympathique*, 7 :	6	1

« *Maladies générales*, 15 :

	Hommes	Femmes
Variole	1	»
Rougeole	1	1
Fièvre typhoïde	3	1
Scarlatine	»	1
Syphilis.	5	2

En examinant ce tableau, nous voyons que, parmi les maladies générales qui peuvent causer la cécité, la syphilis est sans conteste la plus meurtrière ; en effet elle y figure avec le pourcentage énorme de 46 °/₀.

Parmi les causes qui peuvent produire les maladies de l'iris et de la choroïde, nous voyons aussi que la syphilis y garde un rang très élevé, c'est-à-dire 25 °/₀.

En rangeant les affections qui ont déterminé la cécité par ordre de fréquence, on obtient les résultats suivants :

Atrophie papillaire 26

Maladies congénitales.	18
Glaucome.	16
Maladies générales. . . . . . , . .	15
Maladies de la conjonctive	14
Décollement de la rétine	13
Maladies de l'iris et de la choroïde . .	12
Maladies de la cornée	10
Ophtalmie sympathique	7
Maladies du cristallin	3

Nous voyons donc que dans ce dernier tableau, qui relate les causes de cécité survenues pendant la période décennale 1892-1902, aussi bien que dans le tableau cité plus haut et se rapportant à l'année 1892, nous voyons, dis-je, toujours au premier rang l'atrophie papillaire, comme l'une des causes les plus redoutables de cécité. Et quelle est dans la plupart des cas la maladie qui procure cette terrible affection du nerf optique ? La syphilis.

Nous donnons à ce sujet la parole au docteur A. Trousseau :

« Sur 26 atrophies de la papille — dit-il dans son rapport — j'ai dépisté 13 fois la syphilis qui est très probable dans 7 autres cas. On voit quelle est la triste influence de cette maladie sur la cause la plus redoutable de cécité, et quel intérêt il y aurait à la prévenir pour diminuer le nombre des aveugles. On a donc une action réelle pour la prophylaxie de l'atrophie papillaire, si on n'en possède aucune pour sa cure efficace. Tous les sujets atteints de tabes étaient nettement syphilitiques à l'exception de deux femmes, chez lesquelles la vérole était probable, mais non évidente ».

Nous allons maintenant examiner une troisième statistique qui concerne les causes de cécité binoculaire. Cette statistique générale, empruntée au même rapport du Dr. A. Trousseau, porte sur 3763 cas de cécité double et est sans conteste la plus complète qu'on ait dressée jusqu'à présent.

Nous nous contenterons de rapporter ici les résultats, auxquels arrive le Dr. A. Trousseau, d'après son tableau de statistique binoculaire :

« Causes de cécité par ordre de fréquence (les pourcentages ont été établis sans fractions pour plus de netteté) :

« Maladies du nerf optique . .	795	21 °/₀
« Glaucome	722	19 °/₀
« Maladies de l'iris et de la choroïde	514	13 °/₀
« Maladies de la conjonctive .	441	11 °/₀
« Maladies de la cornée . . .	334	8 °/₀
« Maladies congénitales . . .	232	6 °/₀
« Maladies de la rétine . . .	231	6 °/₀
« Traumatismes	193	3 °/₀
« Maladies générales	118	3 °/₀
« Maladies du globe	106	2 °/₀
« Ophtalmie sympathique. . .	50	1 °/₀
« Maladies du cristallin . . .	27	0,007

« En extrayant des principaux groupes les affections les plus caractéristiques, nous arrivons à

classer celles qui font le plus d'aveugles, ainsi qu'il suit :

« Glaucome.	722	19 °/₀
« Atrophies du nerf optique . .	720	19 °/₀
« Conjonctovite purulente . . .	350	9 °/₀
« Maladies de la cornée . . .	334	8 °/₀
« Myopie	324	8 °/₀
« Traumatismes et ophtalmie sympathique	243	6 °/₀
« Maladies congénitales. . . .	232	6 °/₀

Nous pouvons ici, par rapport aux causes de cécité binoculaire, répéter précisément, en examinant ces deux derniers tableaux, les mêmes observations que nous venons de faire au sujet des deux statistiques, citées plus haut, de cécité partielle.

L'atrophie papillaire, en effet, y garde toujours le premier rang et nous savons quelle est la cause la plus fréquente de cette redoutable affection.

Avant d'achever ce chapitre, nous croyons ce-

pendant devoir rapporter ici la partie de cette dernière statistique générale, qui regarde les enfants : nous allons recueillir, à l'aide de celle-ci, des données précieuses sur l'influence que l'hérédo-syphilis peut exercer sur la cécité binoculaire de l'enfance.

Cette partie de la statistique générale du docteur A. Trousseau porte sur 760 enfants aveugles, 443 garçons et 317 filles, ainsi qu'il suit :

Maladies congénitales, 121 :

	Garçons	Filles
Amblyopie congénitale	1	1
Atrophie du nerf optique. . .	1	5
Cataracte congénitale	18	11
Colobomes	7	2
Buphtalmie	30	20
Kératocone	1	1
Microphtalmie	3	6
Rétinite pigmentaire	10	4

« *Maladies de la conjonctive*, 242 :

	Garçons	Filles
Conjonctivite purulente	137	96
Conjonctivite granuleuse . . .	4	3
Conjonctivite granuleuse . . .	2	»
Conjonctivite blennorrhagique .	»	»
Conjonctivite diphtérique . .	»	»

« *Maladies de la cornée*, 168 :

Causes non précisées	56	42
Scrofule	15	10
Variole	5	5
Rougeole.	10	10
Fièvre typhoïde.	»	»
Syphilis héréditaire.	10	5

« *Maladies de l'iris et de la choroïde*, 18 :

Irido-choroïdites cause intraoculaire	5	5
Irido-choroïdite par maladies générales (syphilis, rhumatisme) . .	2	5
Tuberculose de l'iris et choroïde	»	1

« *Maladies de la rétine*, 16 :

	Garçons	Filles
Décollements de cause non précisée	3	2
Rétinites	»	1
Embolie artère centrale . . .	»	»
Gliomes	8	2

« *Maladies du nerf optique*, 78 :

Atrophie de cause non précisée.	5	3
Atrophie tabétique.	»	»
Atrophie cérébrale, méningitique	15	20
Névrite optique	25	10

« *Traumatismes*, 33 ;

Toutes variétés.	20	13

« *Maladie du globe oculaire*, 4 :

Atriophies du globe	2	2
« *Ophtalmie sympathique*, 4 :	3	1

« *Maladies générales seules invoquées*, 76 :

Méningite.	10	7
Fièvre typhoïde.	»	»
Rougeole.	18	12
Variole	»	»
Scrofule	11	9
Syphilis	6	3

En examinant ce tableau, nous voyons que parmi les maladies congénitales, qui ont causé la cécité binoculaire des enfants, l'atrophie papillaire y marque sa place avec un pourcentage de 4 °/₀, et nous savons que cette cause redoutable de cécité relève, dans la plupart des cas, de la syphilis.

Parmi les maladies de la cornée, nous voyons que la syphilis héréditaire avérée y figure avec le pourcentage de 9 °/₀.

Parmi les maladies de l'iris et de la choroïde, nous voyons qu'il faut attribuer à la syphilis héréditaire et au rhumatisme, comme facteurs d'irido-choroïdites chez les enfants, un pourcentage très

élevé, à savoir 38 °/₀, bien qu'on ne puisse pas établir, avec précision, dans quelles proportions ce pourcentage doit être partagé entre les deux affections.

Enfin parmi les maladies générales seules invoquées, comme causes de cécité binoculaire, la syphilis héréditaire y marque son rang par le pourcentage de 11 °/₀.

Il faut remarquer, enfin, que ces pourcentages représentent seulement les cas où la syphilis était bien avérée et évidente.

Mais combien de fois ne faudrait-il pas soupçonner la syphilis, comme cause de cécité, dans ces affections que le Dr. A. Trousseau classe parmi celles dont les causes ne sont pas précisées ?

Quoi qu'il en soit, il ne découle pes moins des données rapportées plus haut que la syphilis acquise et la syphilis héréditaire sont parmi les facteurs les plus actifs de cécité, et que c'est à cetté diathèse qu'on est surtout redevable de la

forme la plus grave et la plus redoutable de cécité, c'est-à-dire de l'atrophie papillaire.

Parmi les quelques cas de lésions oculaires, traitées par notre méthode, nous mentionnerons un décollement partiel de la rétine, à marche progressive, probablement d'origine syphilitique, survenu chez une femme de 40 ans et qui fut rapidement amélioré par l'argent colloïdal et guéri au bout de 18 mois.

II.

SYPHILIS ET TUBERCULOSE.

Bibliographie : A. FOURNIER, *De la phtisie syphil. Gaz. hebd.* 1875 ; *Affections parasyphilitiques*, Paris 1894 ; METSCHNIKOFF, *Ueber die Phagocytäre Rolle der Tuberkelriesenzellen, Virch. Arch. v. 113*, 1888 ; DIEULAFOY, *Syphilis du poumon et de la*

plèvre, Leçons clin. de l'Hôtel-Dieu, 1897-98 ; JANI, *Ueber Tuberkelbacillen in gesund. Geweben, etc. Virch. Arch. v. 103 ;* FLOCKMANN, *Ueber Lungen-Syphilis, in Ziegler's. Centralbl.*, 1899 ; POISSON L., *Adénopathies tuberculeuses*, 1895 ; PANKRITIUS, *UeberLungen - Syphilis*, Berlin 1888 ; MOREL-LAVALLÈE, *Etudes sur la Tuberculose*, 1888; SCHNITZLER, *Die Lungensyphilis*, Vienne 1880 ; LANDOUZY, *Associations microbiennes, syphilis et tuberculose, Congr. de la tuberc.*, 1891 ; MICHELSON, *Ist Lichen syphil. das Product einer Mischinfection zwischen Syphilis u. Tuberculose ? Virch. Arch. 118, Bd* 1889 ; BASSEREAU, *Affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, 1852 ; LANCEREAUX, *Traité d'anath. path.*, Paris, 1881 ; STRAUSS, *La Tuberculose et son bacille*, 1894 ; KOCH, *Berliner klin. Wochenschr.* 1882 et 1883 ; *Verhandlung. d. Congresses f. innere Med.* Wiesbaden, 1882 ; PREDÖHL, *Die Geschichte der Tuberculose*, Hambourg, 1888.

Le lecteur ne doit pas se méprendre au sujet de l'association de ces deux mots : ce serait une idée, un tant soit peu outrée, que de vouloir attribuer la marche envahissante de la tuberculose à la syphilis. C'est bien à d'autres facteurs que cette progression épouvantable est due, tels que l'insuffisance de l'alimentation, le surmenage, la malpropreté du corps, des habitations, des rues, l'impureté de l'air, le manque de lumière et surtout l'alcoolisme.

Mais on comprend aisément que si, à toutes ces causes multiples de contamination, vient se surajouter aussi la syphilis, les probabilités de guérison pour le malade deviendront minimes et le chances de contamination pour son entourage iront s'accroître en proportion.

Notre but est donc celui de montrer quelle influence néfaste peut exercer la syphilis sur le développement de la phtisie chez des individus prédisposés ou déjà atteints par cette dernière

diathèse : parce que c'est surtout en supprimant les causes qui affaiblissent l'organisme et réduisent ses moyens de défense contre les microbes, que l'on peut espérer de venir à bout d'un fléau qui fait à lui seul plus de victimes que la guerre la plus meurtrière.

En effet, à Paris seulement, d'après les statistiques municipales, la phtisie, sous ses différentes formes, entre pour 1/5[e] dans les causes de mortalité, et, malgré toutes les mesures prophylactiques qu'on a prises, on dirait que le mal tend plutôt à croitre qu'à diminuer.

Le professeur Kelsch, dans ses études sur la tuberculose dans l'armée, a montré que le mal allait croissant dans les armées européennes, malgré les mesures prophylactiques les plus savantes et les plus sévères.

Au contraire, s'il devait y avoir une institution qui fût absolument indemne de ce fléau, cette institution serait précisément l'armée, d'où, par

une sélection très étroite, le service de santé peut bannir tous les sujets déjà touchés ou même douteux.

Or, dans une toute récente communication que le professeur Kelsch a faite à ce sujet à l'Académie de médecine, dans la séance du 5 avril 1904, il avoue que dans le fait « la tuberculose est fréquente dans l'armée, mais la contagion n'y a qu'une part restreinte. Les foyers bacillaires sont rares dans les casernes : tous les hommes, même suspects de tuberculose, sont éliminés des casernes et d'ailleurs un tuberculeux ne pourrait faire son service ».

Je ne veux pas conclure de ces prémisses que la prophylaxie soit inutile ou presque : au contraire elle rend et rendra toujours des services inestimables à l'œuvre de défense sociale contre le terrible fléau. Mais ce qui nous intéresse à faire remarquer c'est que la contagion est peut-être le moindre danger, ou que tout au plus la

question du terrain l'emporte sur celle de la contagion.

Il y a aujourd'hui un peu plus de vingt ans que Koch faisait sa mémorable découverte du bacille qui porte son nom : depuis cette époque les études bactériologiques à ce sujet n'ont pas manqué : on a pu suivre le bacille partout, *in vitro* aussi bien que dans ses pérégrinations à travers les tissus.

S'il y a un bacille qui présente des caractères de spécificité évidente, celui-là est précisément le bacille de Koch. Sa coloration rouge caractéristique, son mode de réaction vis-à-vis de certaines matières colorantes, enfin son action patho gène sur les animaux, sont autant de propriétés qui empêchent de le confondre avec toute autre bactérie.

Eh bien, malgré tout cela, malgré les innombrables travaux qu'on a publiés à ce sujet, on commence à présent à douter qu'il soit vraiment

le seul et exclusif facteur pathogène de la tuberculose.

Il est en effet sujet à des modifications morphologiques, biochimiques et biologiques, si variées, qu'on peut se demander si c'est le même micro-organisme, celui qu'on rencontre aux différents degrés de la maladie.

Metchnikoff (1) a montré que, même dans les cultures *in vitro*, on pouvait rencontrer les formes les plus différentes, formes naines, extrêmement allongées, gigantesques, ramifiées, en forme de massue, etc.

Fischel a rencontré des formes filamenteuses et ramifiées. «Morphologiquement — dit-il — ce n'est pas un bacille, ni un cladothrix: d'après son aspect dans les cultures, il semble appartenir à une espèce pléomorphe plus élevée (2) ».

(1) Virch. Arch. vol. 113, 1888.

(2) Fischel: Untersuchungen über die Morphologie und Biologie des Tuberculose - Erregers. Wien 1893.

Enfin Ferran est arrivé à transformer un saprophyte banal de l'intestin en un bacille de Koch et inversément à transformer un bacille de Koch en un saprophyte dépourvu des caractères biologiques et biochimiques du bacille de la tuberculose (1).

Quoi qu'il en soit, ce n'est pas une question de bactériologie que nous voulons soulever ici. Nous l'effleurons seulement pour démontrer que les doutes, qu'on élève sur la nature et l'essence même de l'agent pathogène de la tuberculose, peuvent bien s'élever au sujet de sa contagiosité.

En effet, « des enquêtes — dit le Dr. Ad. Leray (2) — furent faites en Angleterre, en Allemagne, en France pour chercher à déterminer sur une base solide le rôle de la contagion dans la

(1) Ferran : Recherches sur la tuberculose et son bacille (Revue de médecine 10 déc. 1901, p. 1015).

(2) Médecine moderne 5-12 Nov. 1902.

tuberculose. Le résultat ne fut pas ce que l'on avait pu croire. Si quelques faits positifs furent apportés, à côté d'eux se rencontrent les témoignages de praticiens qui, en vingt, trente et quarante ans d'exercice, prétendent n'avoir jamais observé de cas de contagion.

« La question de la contagion entre époux est particulièrement intéressante à étudier, car il semble bien que dans ces conditions tout soit réuni pour la faciliter.

« Dans l'enquête faite en France, nous voyons le professeur Delacour, de Rennes, rapporter 54 cas de ménages auxquels il a donné des soins et dont l'un des conjoints est phtisique ou a succombé à la phtisie. Dans 50 cas le survivant est resté bien portant longtemps après la mort du phtisique ; dans 4 cas seulement le survivant est devenu poitrinaire, et il n'est pas prouvé, dit l'auteur du rapport, que dans ces 4 cas il n'y ait pas eu de prédisposition héréditaire ».

Nous épargnons au lecteur les autres conclusions de cette enquête, qui aboutissent toutes aux mêmes résultats, c'est-à-dire que les cas de contagion tuberculeuse sont rares et que s'ils se vérifient, il faut bien qu'il y ait une autre cause prédisposante, telle que l'hérédité, la misère, le surmenage, etc.

C'est donc au terrain, plus qu'a la contagion, qu'il faut viser dans la question de la tuberculose : développer la vigueur physique de l'homme et améliorer ses conditions hygiéniques et sociales, voilà les vrais moyens pour sortir vainqueurs de la lutte contre ce fléau.

De ce que nous venons de dire par rapport au terrain, on peut bien prévoir quelle sera l'influence néfaste qu'une syphilis acquise pourra exercer sur un terrain déjà prédisposé à l'infection tuberculeuse.

Il ne faut pas croire que ces sujets soient rares : des observations de Nægeli, pour ne citer

que cet observateur, il résulte que sur des cadavres quelconques, de 15 à 30 ans, on trouve des lésions tuberculeuses dans 60 p. 100 à 70 p. 100 des cas et, passé cet âge, qu'on en trouve jusqu'à 90 p. 100, lésions qui étaient insoupçonnées pendant la vie.

De mes observations personnelles je peux conclure que si la syphilis survient chez un de ces sujets prédisposés, elle favorise l'éclosion de la tuberculose d'une façon particulière et celle-ci acquiert un caractère extrêmement grave Les deux affections peuvent très bien évoluer simultanément, sans se gêner nullement l'une l'autre et les diverses lésions spécifiques de la syphilis y gagnent en intensité et en malignité. On voit survenir chez ces malades des adénopathies, des ulcérations, des suppurations qui, dans la plupart des cas, sont rebelles à tout traitement soit iodé que mercuriel, voire même, ainsi que j'ai pu fréquemment le constater, ces derniers traitements

aggravent plutôt qu'ils n'améliorent l'état général du malade.

Si la syphilis survient chez un individu, déjà atteint par la tuberculose, celle-ci en reçoit comme un coup de fouet, sa marche s'accélère et s'accentue et le pronostic, qu'on peut tirer de tous ces symptômes, ne saurait être qu'extrêmement grave.

D'autre part, on comprend que la tuberculose éclatant chez un syphilitique, en raison du fait que la syphilis, réduisant les moyens de défense de l'organisme, peut favoriser l'entrée et le développement du bacille de Koch, l'association morbide de ces deux infections prendra toujours une allure inquiétante et la clinique est là pour prouver ces faciles prévisions.

Une tuberculose aiguë et rapide éclatera presque toujours en pareils cas : le larynx, où le plus souvent se localise la syphilis, deviendra un foyer d'ulcérations profondes et inguérissables et le cas n'est pas rare qu'à leur suite on y voie se pro-

duire le cancer soit sur le larynx, soit sur la langue, soit sur n'importe quel autre endroit de la région bucco-rhino-pharyngienne.

Quelquefois cependant, surtout chez les personnes âgées, la tuberculose, survenant à la suite de la syphilis, offre une marche lente et diffuse, quoique progressive : c'est néanmoins une tuberculose grave, difficile à enrayer et d'un pronostic réservé.

Pour ce qui regarde notre traitement dans ces affections mixtes, nous avons eu l'occasion de l'essayer sur des enfants hérédo-syphilitiques porteurs d'adénopathies ayant tous les caractères cliniques et bactériologiques de la gangliophymie tuberculeuse. L'action exercée par ce traitement sur ces adénites mixtes a été des plus heureuses et nous les avons vues se réduire et disparaître dans un espace de temps qui varie de un à deux ans selon le nombre et la gravité des écrouelles tuberculeuses.

III

MALADIE DE PAGET

Bibliographie : Paget, *On a forme of chronic inflammation of bones. Med. Chir. Trans. v. 60*, 1877 *et v. 65*, 1882 ; Parrot, *Altér. du système osseux chez les nouveau-nés atteints de syph. héréd. Arch. de Phys. IV*, 1872 *et* 1878 ; A. Fournier, *Syphilis et mariage*, 1890 ; *La Syphilis héréditaire tardive*, 1889 ; Finger, *L'hérédité syphilitique, Wien. Klinik*, 1898 ; Jasinski, *Syphil. Erkrankung. der Wirbelsäule, Arch. f. Derm. 23 Bd.*, 1891 ; Diday, *Traité de la syph. des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*, Paris 1854 ; Wolff J., *Das Gesetz der Transform. der Knochen*, Berlin 1892 ; Wagner, *Ueber hered. Knochen Syph. bei jung. Kindern, Virch. Arch. 50 Bd.*, 1870 ; Mauriac, *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire*, 1890 ;

FISCHER, *Zur Kenntn. der heredit. Syphilis der Knochensystems, Münch. med. Woch.*, 1890 ; VIDAL, *Essais sur la syphilis hérédit.*, 1855 : CORNIL, *Leçons sur la Syphilis*, 1879 ; BASCH, *Zur Kenntn. d. syph. Gelenkkrankheiten, Arch. f. Derm. XXIII*, 1891 ; BARENSPRUNG, *Die hereditäre Syphilis*, Berlin 1864 : HEYMANN, *Hereditäre multiple Exostose, Virch. Arch. 104 Bd*, 1886 ; HECKER, *Syphilis congenita, Virch. Arch. 17 Bd.*, 1859 ; GANGOLPHE, *Maladies infectieuses et parasitaires des os*, 1894 : BEYLARD, *Du rachitisme, de la fragil. des os et de l'ostéomalacie*, Paris 1872 ; JULLIEN, *Traité pratique des maladies vénériennes*, 1886 ; FÖRSTER, *Die Missbildungen des Menschen*, Iena 1865 ; KASSOWITZ, *Die normal. Ossification*, Wien 1882-85.

Les déformations osseuses chez les nouveau-nés (maladies de Parrot) et chez les enfants et les adolescents, et même chez les adultes (maladie

de Paget) ont depuis longtemps rappelé l'attention des savants et l'on s'est demandé à quelle cause fallait-il attribuer ces déformations caractéristiques des os longs.

On croyait auparavant que ces malformations étaient dues à un ramollissement des os suivi d'inflexion : on vient aujourd'hui d'écarter définitivement cette interprétation : on sait maintenant que ces incurvations proviennent de néoformations osseuses sous l'influence d'une même diathèse qui n'est probablement autre chose que l'hérédo-syphilis.

Nous allons d'abord décrire ces deux types cliniques et relater les différentes opinions que l'on a émises à ce sujet.

Les deux types ne se distinguent l'un de l'autre que par rapport à l'âge des sujets qu'ils frappent, mais pour ce qui concerne les formes morbides, elles sont à peu près les mêmes.

Chez les nouveau-nés ces déformations osseuses

prennent plutôt le nom de maladie de Parrot, et chez eux ainsi que chez les enfants et les adolescents la maladie de Paget comprend les altérations des os longs. Les tibias s'incurvent en avant et en dehors (fil de sabre) : les fémurs pareillement. Les avant-bras sont convexes en arrière. Le crâne est bossué et asymétrique.

La maladie de Paget chez les adultes et les vieillards amène les mêmes déformations précédentes : les mêmes os sont pris et en nombre pareil ; les altérations y sont identiques.

L'identité des deux formes pathologiques ressort encore davantage lorsqu'on se prend à considérer les symptômes qui en précèdent et accompagnent l'évolution. Le début de ces altérations s'annonce aux deux âges par des douleurs et des hyperostoses : leur marche est lente et la santé générale n'en est pas troublée dans les deux cas.

Le lien qui unit donc les deux types morbides n'est pas douteux ; voyons maintenant quelle en peut être la cause unique.

M. le professeur Lannelongue, qui porta le premier cette question à la tribune de l'Académie de médecine dans la séance du 3 mars 1903, ne douta pas de reconnaître dans ces déformations une syphilis osseuse héréditaire : d'après l'avis de cet illustre savant, la maladie de Paget ne serait donc qu'une hérédo-syphilis tardive.

La discussion, qui s'ensuivit, est des plus intéressantes : nous allons la relater d'une façon sommaire :

« M. Lancereaux déclara qu'il avait pu observer dans les catacombes de Paris de nombreux os provenant d'anciennes léproseries et qui portaient des lésions très nettes identiques à celles de la maladie de Paget.

« M. A. Robin observa que la maladie de Paget traitée par la médication antisyphilitique n'est en rien modifiée. D'autre part, l'analyse chimique des os de sujets atteints de maladie de Paget est absolument différente de celle que fournit l'analyse des os de sujets syphilitiques.

« Pour M. Cornil le traitement ne peut agir que sur des lésions assez récentes, il ne peut rien sur des lésions osseuses définitives avec lamelles complétement constituées.

« M. Berger rapporte le cas d'une vieille dame de 70 ans qui présentait aux deux tibias les signes typiques de la maladie de Paget avec les autres signes concomitants : l'affaissement du sternum, la cyphose, l'écartement des bras, etc. Les deux tibias étaient durs, volumineux et les articulations du genou étaient tuméfiées Son fils, âgé de 35 ans, présentait depuis quelques années des hyperostoses de la face antérieure du tibia et l'incurvation de l'os; en un mot, des signes très nets de maladie de Paget. Comment expliquer alors dans ce cas la transmission hérédo-syphilitique de la mère au fils ?

« M. le professeur Fournier, répondant à la question posée par M. le Dr. Berger, déclara qu'on pourrait admettre chez la mère une syphilis

acquise. L'âge du fils ne serait pas une objection à la nature hérédo-syphilitique de ses lésions. On peut voir survenir des manifestations d'hérédo-syphilis à tout âge, même à 40 ou 50 ans ».

Donc le plus illustre syphiligraphe moderne, le Prof. A. Fournier, se ralliait à l'opinion émise par le Prof. Lannelongue et considérait la maladie de Paget comme une manifestation d'hérédo-syphilis.

Il eut à confirmer cette opinion dans une autre séance de l'Académie, 31 mars 1903. Nous résumons ici son discours qui est riche d'enseignements et d'observations cliniques :

« M. Lannelongue, à propos de son intéressante communication sur la maladie de Paget, avait posé la question suivante : cette forme morbide est-elle une forme de syphilis héréditaire? M. Fournier accepte cette hypothèse et il veut donner les raisons de cette opinion.

« En effet, on peut, dans la maladie de Paget,

comme dans les déterminations osseuses indiscutables de la syphilis héréditaire, observer les caractères suivants : prédilection pour certains os longs, tibia surtout ; multiplicité des manifestations ; période du début douloureuse et enfin développement marqué de l'os qui finit par prendre un volume considérable et se déformer. La maladie finit par modifier la forme de l'os et par déterminer l'aspect en lame de sabre du tibia.

« Il est vrai que la démonstration, pour être complète, devrait relever la syphilis dans les antécédents héréditaires du sujet. Or, cette démonsstration n'a pu encore être faite. Cependant, certains faits peuvent donner quelques indications. Telle est l'histoire de deux frères : l'un est atteint d'hyperostose des tibias présentant des caractères indiscutables d'une manifestation syphilitique héréditaire. Or, son frère, âgé de 52 ans, présente des symptômes non moins évidents de maladie de Paget avec hyperostose des deux tibias et du

radius. Ces deux frères sont de petits hommes à développement retardé, à membres grêles, ayant, en somme, absolument l'aspect des hérédo-syphilitiques. Ils ont perdu deux frères en bas âge ; le père est mort de maladie cérébrale. Il y a donc, dans ce cas, présomption très grande pour l'existence de la syphilis héréditaire chez les deux sujets.

« On pourrait à cette opinion, considérant la maladie de Paget comme étant une forme de syphilis héréditaire, faire les objections suivantes : la maladie ne débute que tardivement dans la vie du sujet ; elle est rebelle au traitement spécifique. Or, il est largement établi qu'il en est fréquemment ainsi pour bon nombre de manifestations parasyphilitiques dont M. Fournier a établi la réalité. Donc, on peut admettre, pense M. Fournier qui exprime très nettement son opinion sur ce point, que la maladie de Paget est une affection parasyphilitique ».

Nous nous rangeons complètement à l'opinion du Prof. Lannelongue et du Prof. Fournier, mais avec une restriction, c'est-à-dire qu'il faut aussi que chez ces sujets hérédo syphilitiques il y ait une prédisposition héréditaire au rachitisme. S'il n'en était pas ainsi, tous les sujets hérédo-syphilitiques seraient atteints par la maladie de Paget, ce qui n'arrive pas dans le fait. Il y a une hérédité du rachitisme comme il y a une hérédité syphilitique. Lorsque les deux hérédités se rencontrent sur le même sujet, le rachitisme prend une allure nouvelle; c'est, pour nous exprimer ainsi, un rachitisme qui porte le sceau de l'infection syphilitique.

La démonstration de cette très légitime présomption est bien loin d'être faite : il faudrait suivre les antécédents héréditaires du sujet, ce qui n'est pas facile. Nous verrons cependant que la même chose se vérifie dans le tabès, et nous venons de voir que dans la tuberculose il y faut bien une prédisposition héréditaire pour qu'elle se réveille au contact de la syphilis.

De ce que nous venons de rapporter plus haut, il ressort cependant un fait sur lequel tout le monde est d'accord, c'est-à-dire l'inefficacité absolue du traitement mercuriel dans ces formes tardives de la syphilis.

On cherche à expliquer ce phénomène par le fait que dans bon nombre de manifestations para-syphilitiques le mercure est également impuissant. Acceptons cette raison pour ce qu'elle vaut, si l'on peut appeler des raisons des argument négatifs.

Mais c'est précisément ici qu'apparaît toute l'immense supériorité de la méthode, que nous préconisons contre la syphilis, sur la méthode classique.

En voilà un exemple :

Il y a trois ans, je fus appelé auprès d'en enfant de presque douze ans, qui se plaignait de douleurs térébrantes aux deux tibias. Ces douleurs s'aggravaient pendant la nuit, enlevant au sujet

tout sommeil et tout repos. L'aspect de cet enfant était des plus chétifs : malgré son âge, il ressemblait à un enfant de sept ans : le nanisme accompagnait aussi cette fois l'association morbide du rachitisme et de l'hérédo-syphilis : en examinant la bouche du sujet, je pus constater des stigmates dystrophiques dentaires et maxillaires caractéristiques ; les renseignements enfin que je pris ne me laissèrent aucun doute sur la nature de l'affection qui menaçait le sujet : il s'agissait bien d'un hérédo-syphilitique et les douleurs, dont il se plaignait, n'étaient que le début de ces déformations caractéristiques des tibias, sur lesquels on pouvait déjà remarquer une légère hyperostose.

J'instituai de suite mon traitement : à savoir une friction au collargol pas semaine pendant les premiers trois mois, et, après ce laps de temps, une friction tous les quinze jours, traitement à suivre pendant une année. Dès la deuxième friction les douleurs commencèrent à diminuer d'in-

tensité pour disparaître complètement après la quatrième friction. L'enfant reprit peu à peu ses habitudes et les occupations de son âge sans être nullement gêné par le médicament. Je dois cependant avouer que, pour ce qui regarde l'hyperostose qu'on remarquait sur la diaphyse des tibias il me fallut plus d'un an pour en obtenir la résorption. Ces hyperostoses participent de la nature des gommes périostiques, et ces manifestations tertiaires de la syphilis on a beaucoup de peine à les dompter.

Ce qui est remarquable dans ce cas c'est que l'enfant, après une année de ce traitement, non seulement se portait très bien, mais il avait presque doublé sa taille.

Je lui fis suivre le traitement encore pendant une année, en espaçant les frictions de plus en plus (une friction tous les deux mois).

Je dois ajouter qu'au fur et à mesure que l'amélioration s'accentuait chez mon malade, je remarquais aussi que les dystrophies dentaires tendaient

à s'effacer et à se corriger graduellement. Je puis maintenant affirmer que deux ans après le commencement de mon traitement, tout stigmate dystrophique avait disparu ou tout au moins était méconnaissable chez cet enfant.

Il se porte maintenant à merveille; son développement physique est normal; pas d'incurvation ou déformation de la dyaphise ou de l'épiphyse des os longs, comme il était à craindre sans mon intervention, et tout me fait croire que l'hérédo-syphilis soit à jamais enrayée chez lui.

IV

PARALYSIE ET TABÈS.

Bibliographie : Prof. FOURNIER, *La syphilis du cerveau*, Paris 1879; RUMPF, *Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems*, Wiesbaden 1887;

LAAG et VIKI, *Sur l'état atrophique de la moelle épinière dans la syph. spin. chroniq.*, *Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière*, 1901 ; HEUBNER, *Die luethische Erkrankung der Hirnarterien*, Leipzig 1874 ; VOISIN, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris 1876 ; *Traité de la paralysie générale des aliénés*, Paris 1879 ; JUILLARD, *Etude sur les local. spin. de la Syphilis*, Paris 1879 ; CHARCOT, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1875 ; *Tabes*, *Arch. de Phys.* 1874 ; MAX NONNE, *Syphilis und Nervensystem*, Berlin 1902 ; COSTE LABAUME, *Etude sur les rapp. de la syphilis et du tabes*, *Th.* Lyon 1900 ; WESTPHAL, *Beziehung. der lues zur Tabes*, *Arch. f. Psych. XXI*, 1881 ; ROTH, *Die Thatsachen der Vererbung*, Berlin 1885 ; OPPENHEIM, *Zur Kenntn. d. syph. Erkrank. des Centralnervensystem*, Berlin 1890 ; MOREL, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales*, 1857 ; HŒNEL, *Contr. à l'étude de la syphilis des centres nerveux*, *Arch. f. Psych.*

1900 ; Nolda, *Neuro-tabes alcoolique, syphilitique ou mercuriel, Neurol. Centralblatt n. 5* 1895 ; Von Leyden, *Die tabes dorsalis*, Vienne 1901 ; Klippel, *Les paralysies génér. progressives*, 1898 ; Brissaud, *Leçons sur les maladies nerveuses, 2e série*, 1899 ; Raymond, *Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux*, 1897 ; Hirschl, *Die Oetiologie der progressiven Paralyse*, Vienne 1896 ; Hutchinson, *Tabes, Brit. med. Jurn.* 1874 ; Forestier, *Polynévrite motrice des membres d'orig. mercurielle, Méd. mod.*, 1890 ; Rütimeyer, *Ueber hereditäre Ataxie, Virch. Arch. 91 et 110 Bd ;* Bramwell, *Die Krankheiten des Rückenmarks*, 1885 ; Schmaus, *Vorlesung über die pathol. anat. des Rückenmarks*, 1901 ; Mendel, *Die progressive paralyse der Irren*, Berlin 1880 ; Marie, *Krankheiten des Rückenmarks*, Wien 1894 ; Letulle, *Rech. cliniques et expérim. sur les paralysies mercurielles, Arch. de Phys.* 1887 *p. 301 et 437*.

Presque tous les médecins, et les neurologistes en particulier, regardent le tabès et la paralysie générale comme des affections syphilitiques, ou tout au moins comme une preuve de syphilis acquise ou héréditaire.

Nous répéterons ici ce que nous venons de dire à l'égard de la tuberculose et aussi du rachitisme dans la maladie de Paget : pour qu'on devienne paralytique ou tabétique, il ne suffit pas d'avoir pris la syphilis, il y faut aussi une prédisposition congénitale.

« Pour devenir tabétique ou paralytique général, — disait le Prof. Joffroy dans une de ses leçons à l'Asile Sainte-Anne (Clinique des maladies mentales) (1) — il faut avoir une constitution particulière de la moelle ou du cerveau qui tient aux conditions dans lesquelles on a été conçu, qui

(1) La Méd. Moderne, 4 Février 1903, n. 5.

tient à l'état des parents au moment de la conception, qui tient à ce que le fruit est mal venu, à ce que la graine ne vaut rien. Le cerveau, la moelle, ou seulement certaines parties de ces organes sont peu résistants, et particulièrement sensibles à toutes les causes de déchéance et, sous l'influence de la syphilis, des excès, des fatigues qui seront admirablement tolérés par d'autres, les éléments nerveux se flétriront, s'atrophieront, et le malade fera ces maladies qui ne sont qu'une expression de la déchéance nerveuse congénitale et qu'on nomme le tabes et la paralysie générale.

« Le tabétique est donc un individu qui vient au monde avec de mauvais cordons postérieurs ; le paralytique général, avec un mauvais axe cérébro-spinal. Et pour la plupart de ces malades, on peut affirmer que s'ils avaient vécu dans de bonnes conditions hygiéniques, sans excès, sans surmenage, s'ils avaient pris toujours de grandes précautions, s'ils avaient, passez-moi le mot, *vécu*

dans du coton, la maladie ne serait pas survenue, la prédisposition serait restée stérile.

« Mais que ces prédisposés se privent de sommeil, qu'ils prennent la syphilis, qu'ils fassent des excès, qu'ils travaillent trop, qu'ils se surmènent, alors ils s'approcheront de plus en plus de leur limite de résistance à la maladie, si bien qu'à un moment donné, cette limite sera dépassée et la maladie réalisée.

« La syphilis peut aider à ce résultat, mais son rôle n'est qu'adjuvant et non nécessaire. Donc le rôle que j'attribue à la syphilis est celui que j'attribue à beaucoup d'autres facteurs qui favorisent l'éclosion soit du tabes, soit de la paralysie générale, et ce que je considère comme la vraie cause, la cause première, essentielle, de ces maladies, c'est le peu de vitalité congénitale de l'axe cérébro-spinal, de telle sorte que cette cause, il faut la chercher moins dans l'individu que dans ses ancêtres, dans ses générateurs ».

La question, posée si nettement par l'illustre aliéniste, résume tout ce que nous aurions pu dire à ce sujet : nous partageons, cela va sans dire, cette manière de voir, avec une réserve cependant, la réserve qui suit :

Si la syphilis n'avait besoin que des prédispositions héréditaires pour entraîner avec elle, même à une longue échéance, des conséquences aussi effrayantes que la paralysie générale et le tabès, on conçoit aisément que cela dût arriver partout où la syphilis étend son règne.

Or, comme nous le verrons tont à l'heure, cela est bien loin d'être prouvé : donc il faut admettre qu'avec les prédispositions héréditaires, il y ait aussi un autre facteur qui joue un rôle non moins important dans l'espèce : facteur qui confère à notre race et à notre civilisation un privilége peu enviable vis-à-vis du tabès et de la paralysie générale en comparaison des autres races qui peuplent la terre.

On a constaté, en effet, chez les Arabes, chez les Abyssins aussi bien que chez les Asiatiques que, encore que la syphilis soit extrêmement répandue chez eux, la paralysie et le tabès y sont presque inconnus.

Le Dr. J. Matignon, qui fit tout dernièrement la campagne de Chine comme médecin-major, a communiqué à l'Académie de médecine des données très intéressantes à ce sujet :

« La vérole — dit-il dans un de ses rapports (1) — est extrêmement répandue à Pékin et dans le nord de la Chine...

« L'affection y paraît bénigne et ne pas beaucoup inquiéter les Célestes qui en sont atteints, car ils se soignent très mal ou même ne se soignent pas du tout le plus souvent...

« La syphilis héréditaire est également très répandue et le nez en lorgnette court la rue.

(1) Médecine moderne, 16 avril 1902, n. 16.

« En 4 ans 1/2, j'ai vu environ 250 syphilitiques...

« Pendant cette même période, je n'ai observé que deux cas typiques de tabès avec incoordination des mouvements. Je sais bien que les grandes et classiques manifestations de l'ataxie ne sont pas les plus fréquentes et que la maladie de Duchenne veut être souvent dépistée...

« Au dire de Jeanselme la syphilis tertiaire serait plus grave dans la presqu'île indo-chinoise que dans le nord de la Chine. Et cependant le tabès y serait aussi rarement observé. Les affections parasyphilitiques semblent être totalement inconnues de l'indigène. Jeanselme n'a pu dépister un seul cas de tabès et les aliénistes disent n'avoir jamais vu chez un indigène la paralysie vraie ».

Le Dr. Matignon cherche aussi à pénétrer les raisons de cet état de choses, et il conclut ainsi qu'il suit :

« Je m'étais tout d'abord demandé si cette ré-

sistance relative de la moelle chinoise vis-à-vis des lésions parasyphilitiques ne tenait pas d'une part à la bénignité de la vérole, de l'autre à une sorte d'immunité propre à la race jaune.

« Jeanselme émet une opinion qui paraît plus satisfaisante : les asiatiques ne sont par des surmenés; leur axe cérébro-spinal n'est pas comme celui des occidentaux en état de perpétuelle suractivité. Son activité au contraire est réduite au minimum.

« Cette opinion paraît trouver un appui dans ce fait que chez les Arabes, chez les Abyssins qui, tout comme les Extrême-Orientaux, sont de grands indolents, l'ataxie est une maladie inconnue, malgré que la vérole exerce des ravages parmi eux ».

Ces raisons, malgré leur valeur indiscutable, ne nous satisfont pas complétement.

C'est vrai qu'en comparaison des asiatiques, les occidentaux sont des gens surmenés, mais ils sont

aussi mieux nourris, leurs conditions hygiéniques et économiques sont infiniment supérieures, si enfin ils se surmènent, ils ont aussi les moyens de réparer abondamment les pertes que ce surmenage inflige à leur système nerveux.

Il faut donc chercher quelque autre chose, quelque autre facteur qui puisse justifier l'accroissement alarmant et incontestable de ces formes parasyphilitiques chez les peuples civilisés.

Pour nous, ce facteur n'est autre que le mercure.

Et en voilà les raisons :

On a constaté — et tous les auteurs sont d'accord sur ce point — que les syphilitiques sont doués d'une tolérance tout à fait remarquable vis-à-vis du mercure, d'autant que des doses qui seraient, je ne dis pas mortelles, mais qui causeraient des troubles profonds chez les individus sains, sont tolérées parfaitement par eux sans aucun inconvénient.

Or, nous avons assez de données expérimentales sur l'effet des poisons sur l'économie animale, pour soutenir cette thèse, à savoir que cette insensibilité de la cellule nerveuse des syphilitiques vis-à-vis d'un poison, tel que le mercure, peut bien à un moment donné se transformer en une hypersensibilité, à laquelle la cellule nerveuse ne manquerait pas de succomber. De là la paralysie générale, le tabès, la mort.

Cette hypothèse n'a rien d'invraisemblable. Dans les établissements où on prépare en grand des sérums antitoxiques, on a pu depuis longtemps constater des effets semblables.

Le fait qu'il s'agit là de toxines bactériennes et animales et non de poisons minéraux, ne prouve rien contre notre thèse ainsi que nous le verrons après.

Le Prof. Metchnikoff, dans son volume, *L'immunité dans les maladies infectieuses*, relate les faits suivants :

« A l'Institut Pasteur, où l'on prépare une grande provision de sérum antidiphtérique, on voit de temps en temps des chevaux, depuis longtemps immunisés et fournissant un très bon sérum, brusquement tomber malades et mourir d'intoxication, sans présenter aucun symptôme de maladie infectieuse. Une fois, il s'est produit même une petite épidémie d'empoisonnements mortels, à la suite de l'injection d'une quantité de toxine diphtérique, ne dépassant pas les doses qui avaient été bien supportées auparavant ».

MM. Behring, Knorr, Ransom, Kitashima, au dire du Prof. Metchnikoff, ont, de leur côté, réuni un grand nombre de faits analogues.

« Ils ont constaté que des chevaux, depuis longtemps traités par la toxine tétanique et dont le sérum sanguin est très antitoxique, éprouvent néanmoins des troubles considérables après des injections nouvelles de toxine et peuvent même

succomber, malgré la présence d'une quantité d'antitoxine dans leur sang » (1).

C'est à la suite de ces faits, que M. von Behring formula sa théorie de l'hypersensibilité histogène des organes pendant l'immunisation.

Pour expliquer ce fait, qui paraît paradoxal à première vue, la théorie des chaînes latérales de M. Ehrlich et la théorie leucocytaire du professeur Metchnikoff nous fournissent assez de lumière pour pouvoir en pénétrer les raisons physiologiques.

D'après la théorie de M. Ehrlich (1), les récepteurs des éléments vivants, loin des centres nerveux, se combinent avec le groupement *haptophore* de la molécule toxique, laissant le groupement toxophore intact, qui ne peut pas en con-

(1) Dr. E. Matchnikoff, l. c., ch. XII.

(2) Die Werthbemessung des Diphtérieserums. Klinisches Jahrbuch 1897 T. VI, pag. 13-17.

séquence produire l'empoisonnement du protoplasma. Ces récepteurs, selon la pittoresque expression du Prof. Metchnikoff, sont alors des paratonnerres qui détournent la toxine des éléments nobles, des centres nerveux.

Mais on peut supposer que lorsque la toxine est introduite en excès dans l'organisme, ces récepteurs ne puissent plus neutraliser tout le groupement *toxophore* de la molécule toxique. Ce sont alors les chaînes latérales des éléments nerveux qui entrent en jeu : mais lorsque ces chaînes latérales sont nombreuses, elles ne se combinent pas seulement avec le groupement *haptophore*, elles attirent la foudre au lieu de la détourner, et l'élément noble, l'élément nerveux succombe au poison.

D'après la théorie leucocytaire du professeur Metchnikoff, ce sont précisément les leucocytes qui remplissent le rôle de protéger l'organisme

contre la pénétration du poison dans les centres nerveux sensibles (1).

Il avait en effet observé dans ses expériences de laboratoire une leucocytose plus ou moins marquée à la suite de l'injection de doses non mortelles de toxines bactériennes, phanérogamiques et animales sur des animaux. Les mêmes phénomènes se passent dans les infections bactériennes : lorsque la mort survient au bout de très peu de temps, le nombre des leucocytes diminue notablement ; s'il y a une survie au delà de 24 heures ou une résistance définitive, il se produit une hyperleutocytose, souvent très prononcée.

Le mécanisme de ce rôle protecteur des leucocytes vis-à-vis des toxines est expliqué par le professeur Metchnikoff de la manière suivante en

(1) Prof. Metchnikoff. L'immunité dans les maladies infectieuses. Ch. XII.

admettant deux actes protecteurs de la part des phagocytes :

« Le premier, qui consiste à fixer la toxine et l'empêcher de diffuser et d'atteindre rapidement les cellules nerveuses vivantes, et le second qui se réduit à l'absorption de la toxine fixée par les leucocytes, cellules douées de récepteurs pour le groupement *haptophore* de la toxine, mais insensibles à son groupement *toxophore* ».

On voit d'ici que les deux théories d'Ehrlich et Metchnikoff, au lieu de se contredire, se complètent, et l'on peut appliquer facilement à cette dernière, ce que nous avons dit sur le mécanisme de l'intoxication au sujet de la première.

Nous ajouterons que d'après le Prof. Metchnikoff non seulement les phagocytes jouent le rôle d'agents de lutte de l'organisme contre les poisons, mais ces éléments produisent eux aussi très probablement les antitoxines, et que parmi le phagocytes ce sont probablement les macrophages

qui représentent la source principale des antitoxines.

Les recherches du Prof. Metchnikoff sur les phénomènes leucocytaires dans les intoxications ont été poursuivies aussi pour les poisons minéraux, tels que les sels d'arsenic, et d'autres substances minérales, telles que les sels de fer, etc., toujours avec les mêmes résultats.

Et maintenant venons-en au mercure.

Dans le premier chapitre de cet ouvrage nous avons vu que le mercure, introduit dans l'organisme humain, non seulement ne favorise pas la phagocytose mais il l'empêche de se produire, ou tout au plus à une légère phagocytose du début, s'ensuit une phagolyse sans nouvel apport de leucocytes.

Si donc, à la suite de l'introduction du mercure dans l'organisme, il n'y a pas d'hyperleucocytose prononcée, ou si, après quelques jours de traitement, la légère hyperleucocytose du début donne

lieu à une hypoleucocytose ou diminution des globules blancs, nous devons en déduire que les éléments nerveux sont vite atteints par le poison mercuriel.

Donc le rôle, que remplissent les leucocytes, de protéger l'organisme contre la pénétration du poison mercuriel dans les centres nerveux sensibles, est supprimé. Au lieu d'une phagocytose, c'est une phagolyse qui a lieu.

Les éléments nerveux, même dans ces conditions, peuvent résister et résistent en effet au poison, grâce à cette loi énoncée par M. Ehrlich que « la présence de nombreux récepteurs dans des organes d'une moindre importance vitale peut réaliser, grâce à une sorte de déviation des molécules de toxine, une diminution dans la sensibilité de l'organisme vis-à-vis de cette toxine ».

Mais malheureusement le traitement mercuriel ne demande ni l'application d'une semaine ni d'un mois, il demande l'application de plusieurs années.

De plus, ce traitement a une action fâcheuse sur le tissu rénal : il supprime en effet presque toute diurèse, et dès lors l'organisme n'a même plus à sa disposition cet émonctoire pour excréter et se débarrasser du poison.

On voit bien que dans ces conditions la cellule nerveuse doit, dans un laps de temps plus ou moins long, finir par succomber.

Peut-on donc se flatter d'enrayer et vaincre une maladie, telle que la syphilis, au moyen du traitement mercuriel qui non seulement ne favorise pas la phagocytose, mais la détruit ?

C'est l'absurde qu'on prétend, et lorsqu'on voit des savants illustres qui, de leurs chaires, dans leurs livres, malgré la logique des faits, malgré les preuves contraires recueillies par eux-mêmes, recommandent et soutiennent ce traitement, on doit en conclure qu'il y a encore aujourd'hui des philosophes qui répètent les célèbres mots de saint Augustin : *Credo quia absurdum.*

CHAPITRE IV.

SÉRUMTHÉRAPIE DU CANCER.

Nous allons maintenant passer en revue les différents sérums, que tout dernièrement on a essayés dans le traitement du cancer.

L'étiologie du cancer étant encore obscure et sa nature parasitaire n'étant nullement prouvée, on conçoit aisément que ces différents sérums se heurtent tous à la même question de principe, c'est-à-dire si le prétendu parasite, contre lequel on prétend immuniser l'organisme, soit vraiment l'agent pathogène de l'infection.

C'est une question à laquelle seulement la clinique et le temps sauraient donner une réponse satisfaisante.

Nous commencerons d'examiner les résultats obtenus avec le sérum du Dr. Wlaëff, qui a eu

le plus de retentissement dans ces dernières années.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 12 juin 1900, le docteur Wlaëff, de Saint-Pétersbourg, lut, en son nom et au nom de M. le docteur d'Hotman de Villiers, un mémoire sur le traitement des tumeurs malignes par un sérum découvert par lui. Il présenta en outre deux malades en traitement pour des tumeurs malignes.

Les recherches (1) de M. Wlaëff ont pour point de départ la constatation de parasites dans le cancer et dans les tumeurs malignes d'une manière générale.

De ces tumeurs malignes ont été tirés les blastomycètes ou ferments qu'il emploie.

(1) Nous empruntons les détails qui suivent, au rapport présenté sur cette question par le Prof. Lucas-Championnière à l'Académie de Médecine dans la séance du 20 novembre 1900.

D'après ces observations, ces parasites isolés et inoculés pourraient reproduire le cancer chez les animaux et déterminer chez eux l'infection générale cancéreuse.

C'est donc en partant de ces blastomycètes que M. Wlaëff a trouvé le sérum, qui fait la base de sa thérapeutique.

Il a cherché à immuniser des animaux divers et n'a obtenu un sérum actif que chez les oiseaux (pigeons, poules, oies).

Il inocule un certain nombre de rats avec des blastomycètes. Il en garde quelques-uns sans leur faire de traitement, et aux autres il injecte pendant un à deux mois toutes les semaines de 1/2 à 1 centimètre cube de sérum. D'après ces expériences, les rats qui ont été inoculés et qui n'ont pas reçu de sérum, succombent entre le premier et le deuxième mois avec tumeurs, cachexie et infection généralisée. Ceux qui ont été traités par le sérum restent bien portants.

Si on commence le traitement sur des sujets ayant déjà des tumeurs dues à l'inoculation, les animaux peuvent guérir s'ils ne sont pas en proie à la généralisation. Sous l'influence du traitement, la tumeur s'isole, se nécrose, puis la cicatrisation se fait.

Si on examine les animaux au bout de quelques jours, on trouve que certaines cellules de blastomycètes injectées sont entourées de cellules polynucléaires ; d'autres se sont désagrégées et sont enveloppées par des leucocytes qui sont très nombreux.

Chez les animaux non immunisés, il y a beaucoup de blastomycètes et les leucocytes sont rares.

Le sérum, à la dose de 10 centimètres cubes chez l'homme et de 2 centimètres cubes pour le rat et pour le singe, s'est montré parfaitement inoffensif.

Chez le sujet inoculé il se produit une réaction passagère assez vive de température, le volume

de la tumeur, que porte le sujet, augmente. Deux jours plus tard la réaction tombe, la tumeur diminue ainsi que les glandes lymphatiques qui avaient augmenté.

M. Wlaëff a essayé son sérum sur un certain nombre de cancéreux, et, tout naturellement, les sujets qui lui ont été soumis étaient des sujets qui paraissaient inopérables à cause du volume ou de la situation des tumeurs ou à cause de l'étendue de l'engorgement ganglionnaire.

Les deux sujets, qu'il présenta à l'Académie de médecine, étaient atteints d'épithélioma de la langue.

Le premier, d'après l'observation, avait été conduit à M. Wlaëff ayant déjà de l'engorgement ganglionnaire. Après six injections et un traitement d'un mois, il avait paru amélioré et il avait été opéré par M. Regnier. Peu de temps après, il fit une ulcération de sa cicatrice et, sous l'influence des nouvelles injections, cette ulcération

se cicatrisa. Depuis il engraissa et resta guéri du côté de sa tumeur, quoique ses ganglions fussent encore pris; il a subi quelque temps après l'ablation d'un ganglion sous-maxillaire.

Chez l'autre malade, toujours atteint d'épithélioma lingual, les injections paraissaient avoir amené une réelle amélioration et surtout un soulagement des douleurs, mais le malade ne reparut pas à la consultation.

Il y a eu bon nombre d'autres cancéreux inoculés.

M. le Prof. Lucas-Championnière relate dans son rapport quelques autres cas de malades qui ont été sensiblement améliorés par les injections de ce sérum, bien qu'on ne puisse pas parler de guérison.

Les conclusions de son rapport sont les suivantes :

« Des faits que je viens d'exposer, il résulte que les essais faits par le Dr. Wlaëff méritent d'être continués et encouragés.

« Ils ne paraissent pas avoir une base scientifique bien solide.

« Jusqu'ici ils n'ont donné ni guérison ni rien qui montre que l'on marche vers la guérison.

« Mais les tumeurs cancéreuses et certainement cancéreuses ont paru être impressionnées et modifiées dans un sens favorable, dont le bien-être de certains sujets paraît donner une preuve réelle.

« Il est possible que le sérum en question n'ait aucune spécificité et que nous soyons en présence de modifications que d'autres sérums ou d'autres substances produiront d'une façon analogue. Le fait reste à chercher et à démontrer et ces recherches appellent des expériences contradictoires.

« Peut-être les modifications obtenues ne constitueront-elles qu'un acheminement vers une intervention opératoire pratiquée dans des conditions particulièrement favorables ?

Mais la thérapeutique du cancer est si pauvre

qu'il faut encourager tout ce qui donne même une apparence d'action sur le mal.

« Je ne crois pas que les résultats obtenus soient encore assez réels pour m'autoriser à faire ces essais-là dans les cas dans lesquels une intervention opératoire est indiquée comme utile et urgente.

« Mais pour tous les sujets, qui m'ont été montrés, il s'agissait de cancers inopérables ou de cas dans lesquels l'utilité de l'intervention était plus que contestable.

« Je ne vois donc que des avantages à encourager les expériences de cet ordre, puisque les injections se sont montrées parfaitement innocentes chez des sujets qui se déclarent pour la plupart réellement soulagés par l'intervention.

« L'avenir, avec une observation prolongée, peut seul nous dire le progrès définitif que peut obtenir la thérapeutique de M. Wlaëff. Mais il n'était pas inutile de signaler les résultats obtenus

dans ses premiers essais, et particulièrement leur innocuité, d'autant plus que tout l'avenir de la thérapeutique du cancer est certainement dans les médications qui modifieront l'état général des sujets ».

C'est à peu près aux mêmes conclusions qu' arrivait dans la même séance de l'Académie, M. le professeur Paul Berger, en relatant plusieurs cas d'épithéliomas et de tumeurs diverses, qui avaient été traités par le sérum du Dr. Wlaëff.

Il constatait en effet que ce traitement exerçait des modifications indéniables sur les éléments épithéliaux et sur les engorgements ganglionnaires, mais il reconnaissait aussi que ces transformations et ces effets favorables n'avaient eu dans tous les cas observés et suivis par lui, qu'une durée relativement très courte, et que chez tous ces malades, presque sans exception, au bout de quelque temps où elle était restée stationnaire ou même elle avait rétrogradé, il avait pu constater une reprise et une aggravation de la néoplasie.

Et il concluait en ces termes :

« Ainsi, parmi les faits qu'il m'a été donné d'observer, il n'y en a aucun qui doive être considéré comme un succès durable ; à plus forte raison n'ai-je rien constaté qui pût être appelé du nom de guérison. Mais nous sommes si dépourvus de moyens d'action à l'égard du cancer que le caractère précaire des améliorations obtenues par les injections du sérum de M. Wlaëff ne doit pas empêcher, à mon avis du moins, d'y avoir recours.

« C'est quelque chose, c'est même beaucoup quand il s'agit de cancer, d'avoir pu obtenir une amélioration même passagère, d'avoir pu constater une influence favorable du traitement sur la marche de la néoplasie.

« Le principe : *Melius anceps remedium quam nullum* doit trouver ici son application ; mais c'est à la condition formelle que ce ne soit que dans les cas désespérés, et que jamais, pour y soumettre le malade, on ne diffère l'intervention chirurgicale

lorsque celle-ci est pratiquable. On ne saurait trop le dire et le répéter : ce n'est actuellement encore que dans l'ablation très précoce, très large des tumeurs malignes, ablation emportant avec le mal une large zone de tissus sains et tous les aboutissants des lymphatiques de la région, que peuvent se trouver, pour les gens atteints de tumeurs malignes, des chances de guérison ou de survie notable ».

Le Prof. Berger eut l'occasion de confirmer ces conclusions quelques mois plus tard, à la suite de nouvelles observations :

« J'ai employé — disait-il dans la séance du 20 février 1901 de la Société de Chirurgie — nombre de fois le sérum de Wlaëff. J'ai noté une amélioration notable et non discutable de l'état général : le sommeil et l'appétit reviennent. Tous les malades ou presque étaient enchantés du résultat. Les résultats locaux étaient aussi satisfaisants. J'ai vu notamment, dans un cas de sténose

cancéreuse du rectum, la défécation pouvoir se faire à nouveau facilement. Dans les cas de cancer de la langue, la tuméfaction s'affaisse : la déglutition devient plus aisée. Mais la tumeur elle-même se modifie peu ; pourtant des ulcérations peuvent se cicatriser. Quelquefois les ganglions diminuent. Mais jamais je n'ai vu la disparition complète du néoplasme ni des ganglions. Mais il y a amélioration des troubles fonctionnels. La méthode des injections de sérum de Wlaëff n'est donc pas une méthode de guérison ; mais elle donne une amélioration évidente. Elle doit être réservée aux cas de cancer inopérables : elle ne doit pas supprimer la méthode sanglante ».

C'est à peu près aux mêmes conclusions de l'éminent chirurgien que se rangeait M. le docteur Reynier dans la séance de la Société de Chirurgie du 13 février 1901 :

« Le sérum de M. Wlaëff — disait M. Reynier — a donc une action sur les néoplasmes,

mais action non radicale et non durable. Le sérum arrête la marche du néoplasme ; mais dès qu'on le cesse, la marche reprend.

« Je crois donc que nous pouvons employer le sérum de Wlaëff qui peut rendre de grands services à condition d'être employé pendant longtemps ».

Cependant dans la même séance M. le Dr. Picqué relata un cas où cette amélioration due au sérum du Dr. Wlaëff non seulement ne se vérifia pas mais il y eut une issue mortelle.

« Dans un cas de cancer du maxillaire — dit le Dr. Picqué — opéré et récidivé, les injections de sérum ont produit rapidement l'extension de la récidive. Le malade a rapidement succombé ».

Après cette époque, je ne trouve dans les comptes rendus des Sociétés savantes aucune autre mention relative à l'application de ce sérum ; à l'exception cependant d'une communication du Dr. Richelot au sujet d'une tumeur de l'ovaire,

communication faite à la Société de Chirurgie dans la séance du 16 avril 1902 et dans laquelle il se rallie aux conclusions de MM. les professeurs Lucas-Championnière et Paul Berger au sujet de l'efficacité de ce sérum. Il constate que sa malade n'était pas guérie de sa tumeur, mais qu'elle était devenue opérable.

La question en est donc toujours là, et les conclusions des deux savants, que nous avons rapportées plus haut, sont touiours d'actualité.

La méthode mise en évidence par le Dr. Wlaëff pour obtenir un sérum anticellulaire spécifique est certainement plus scientifique que celle de ses prédécesseurs, mais on peut dire que les résultats n'en ont pas été fort dissemblables au moins jusqu'à présent.

Nous rappelons, à ce sujet, à titre de curiosité, que Fehleisen, après sa découverte du streptocoque de l'érysipèle en 1881, eut l'idée d'inoculer des cultures pures de ce microbe à des cancéreux, en

se fondant sur le fait, observé par plusieurs cliniciens, que des tumeurs et des productions diverses étaient guéries entièrement ou s'étaient notablement modifiées sous l'influence d'un érysipèle.

A la suite de ces inoculations (1), Fehleisen dit avoir observé, sur cinq cas d'érysipèle développé par la culture virulente du streptocoque, quatre diminutions momentanées des tumeurs traitées, et la guérison complète d'un carcinome du sein. Coley vit disparaître entièrement un sarcome de la région lombaire qui récidiva peu de temps après; un sarcome du gosier fut amélioré. Spronck nota le ralentissement, bien que peu accentué, de la marche des néoplasmes.

Cependant des cas de mort observés par Jœnike, Coley et Fehleisen à la suite des inoculations de culture pure, amenèrent Lassar en 1891 à

(1) Le Dentu. Toxithérapie et sérothérapie des tumeurs malignes. Gaz. des Hôpitaux, 8 février 1896.

substituer à celle-ci la toxine stérilisée du même microbe.

Coley employa une toxine stérilisée mixte de streptocoque et de micrococcus prodigiosus.

Plus récemment, Emmerich et Scholl ont employé le sérum du sang de moutons ayant subi une seule inoculation de culture de streptocoque et l'ont injecté pendant une longue série de jours dans des tumeurs malignes.

Tous ces savants ont obtenu des résultats incontestables qui auraient été encourageants, s'ils s'étaient manifestés plus constamment.

La méthode de Lassar fut appliquée par Spronck, Friedrich, Czerny, Répin; celle de Coley par de Witt, Czerny, Friedrich, Johnson.

Coley, avec sa toxine mixte, n'a rien obtenu sur les épithéliomas, mais il a vu guérir entièrement un sarcome lombaire avec dégénérescence ganglionnaire. Johnson a assisté à l'affaissement extraordinairement rapide d'une tumeur ulcérée

du voile du palais, des piliers de l'isthme et de l'épiglotte. Par contre, les résultats ont été négatifs sur vingt malades de Friedrich, sur des sujets soignés par Roberts, Czerny, Lauenstein, Répin.

La méthode spéciale des inoculations *in situ* d'Emmerich et Scholl se serait montrée efficace pour des carcinomes du sein dont certains auraient été presque guéris (Emmerich, Schuler), pour un volumineux sarcome de la région de l'oreille (Czerny), pour un sarcome intrapéritonéal (Mynter) et un sarcome de la paroi abdominale (de Witt).

Nous ne voulons achever ce rapide examen des principaux sérums employés contre les tumeurs, sans mentionner la sérothérapie spéciale de MM. Richet et Héricourt, qui elle aussi vante quelques beaux succès, et celle toute récente du Dr. Doyen.

En décembre 1901 le Dr. Doyen communiquait à l'Académie de médecine d'avoir décelé

dans les tissus cancéreux la présence d'un diplocoque à développement rapide, appelé par lui *micrococcus néoformans*, dont il avait réussi à obtenir des cultures pures.

Les résultats du traitement des épithéliomes et tumeurs diverses qu'il a institué sur ces données, soit par des injections sous-cutanées d'une solution stérilisée des toxines atténuées de ce microbe, soit par l'inoculation de cultures atténuées, forment l'objet d'une communication présentée à l'Académie de médecine dans la séance du 23 février 1904, et que nous résumons ici, vu son importance :

« Les cultures du micrococcus néoformans peuvent être modifiées sensiblement par le passage dans différentes espèces animales, notamment le lapin, le cobaye, le rat blanc, la souris blanche; ce microbe est très sensible à l'action du chlorhydrate de quinine, de l'acide cacodylique et de l'acide méthylarsénique, ainsi qu'aux températures supérieures a 40°.

« J'ai obtenu par ces différentes actions biologiques, chimiques et physiques des cultures de virulence exagérée ou de virulence atténuée, ces dernières pouvant servir de vaccins.

« Les toxines du micrococcus néoformans exigent, pour acqurèir toute leur activité, huit mois de culture ; je les modifie par l'action des mêmes agents physiques et chimiques.

« Le traitement du cancer par les vaccins et les toxines ainsi préparés, est expérimenté depuis janvier 1901.

« Le traitement est très délicat et doit être modifié suivant la nature et suivant l'évolution de chaque tumeur maligne.

« Le nombre des ces traités était au 25 janvier 1904 de 126. Certaines guérisons de cas considérés comme incurables remontent actuellement à plus d'un an et même à deux et à trois ans.

« Récapitulation des 126 cas de tumeurs malignes traités depuis le mois de janvier 1901 jusqu'à la fin de janvier 1904 :

« 1° *Mauvais cas* : 58 cas doivent rentrer dans la catégorie des mauvais cas et n'ont été suivis d'aucun résultat favorable. Plusieurs malades ont interrompu volontairement leur traitement.

« Certains confrères voudraient exiger qu'une seule injection pût guérir des cas inopérables et réclament un résultat instantané, come s'il s'agissait d'un sérum antidiphtérique ou de sérum antistaphylococcique ;

« 2° *Cas en observation et généralement améliorés :* Les cas en observation sont au nombre de 47. Parmi ces cas, 18 ont donné un résultat favorable indéniable. Ils ne sont cependant pas comptés parmi les cas de guérison, parce que les masses néoplasiques en voie de résorption n'ont pas encore complètement disparu ou bien parce qu'il ne s'est pas écoulé encore un temps assez long depuis l'opération ou depuis le commencement du traitement.

« Ces cas seront publiés en détail. Nous citerons

notamment l'action rapide du traitement sur plusieurs cas de cancers en cuirasse ; les plaques indurées, d'abord rouges et violacées, pâlissent rapidement pour devenir jaunâtres et prendre l'aspect d'un cuir mince, où réapparaissent des îlots de peau saine. Les douleurs cèdent en général aux premières injections, ce qui prouve bien l'arrêt de l'extension du processus néoplasique. Tous ces malades accusent également une amélioration extraordinaire de leur état général. Ils reprennent leur vigueur ancienne et toutes les apparences de la santé.

« L'action du traitement chez les malades qui réagissent favorablement, provoque donc à la fois l'arrêt de l'envahissement néoplasique et la disparition de l'intoxication spéciale qui caractérise la cachexie cancéreuse.

« Sur les 47 cas en observation, 29 doivent être suivis quelque temps pour permettre de conclure dans un sens ou dans l'autre, mais tous

sans exception ont bénéficié du traitement, au moins temporairement ;

« 3° *Guérisons* : 21 cas. Je ne classe, en effet, parmi les cas de guérison, que ceux où il n'existe actuellement aucune trace de tissu néoplasique. Certains de ces malades ont été opérés dans des conditions exceptionnellement graves, pour des néoplasmes déjà récidivés et qui paraissaient inopérables. Chez plusieurs d'entre eux, des masses néoplasiques qui avaient envahi la gaîne des vaisseaux fémoraux, axillaires, ou carotidiens, ont été partiellement laissés dans la plaie, qui a été curettée dans la profondeur ; dans ce cas la cicatrisation, qui s'est faite après tamponnement de la plaie, ne s'est produite qu'au bout de plusieurs mois.

« Ces 21 cas se rapportent à des tumeurs très variées : lymphadénome du testicule avec généralisation au pli de l'aine, sarcome des muscles de la cuisse, cancer de l'estomac avec généralisation

à la paroi, cancer de l'utérus avec noyaux disséminés dans le péritoine pelvien, cancer de la verge, généralisé à la région inguino-crurale avec envahissement de la gaîne des vaisseaux, cancer de la langue, cancer du corps thyroïde, épithélioma de la face avec généralisation ganglionnaire, sarcome de l'amygdale avec généralisation aux ganglions du cou, épithélioma du sein avec extension rapide et envahissement de la gaîne des vaisseaux axillaires, cancer des ovaires avec greffe péritonéale et ascite, cancer de la langue, de l'amygdale et du voile du palais avec masses cancéreuses diffuses et envahissement de la gaîne des vaisseaux carotidiens.

« Parmi les cancers de l'utérus, nous citerons notamment une femme qui présentait un chou-fleur vaginal du volume du poing, sanieux et ulcéré, et qui était devenue tellement anémique par suite des pertes de sang et de la cachexie cancéreuse que l'hystérectomie paraissait impossible. Le chou-

fleur vaginal fut curetté, le col fut évidé à coups de ciseaux et la malade fut soumise au traitement antinéoplasique. L'état général s'est rapidement relevé et actuellement il ne persiste aucune trace de la lésion qui, le 28 juillet dernier, paraissait absolument inopérable ».

Le seul doute, que nous nous permettons d'élever au sujet de cette communication scientifique du Dr. Doyen, regarde la nature parasitaire des tumeurs épithéliales.

Le Dr. Doyen voit dans le *micrococcus néoformans* l'agent pathogène de ces tumeurs, comme le Dr. Wlaëff voit cet agent dans les blastomycètes qu'il a réussi à tirer des tumeurs cancéreuses. Nous ne comprenons cependant pas comment se fait-il que soit les cultures atténuées de ce même agent ou vaccins, soit les sérums antitoxiques obtenus en immunisant des animaux divers contre les produits toxiques de ce même agent pathogène, puissent exercer leur action sur des tumeurs ma-

lignes, de nature différente les unes des autres, telles que les tumeurs épithéliales qui représentent le véritable cancer, et les tumeurs de substance conjonctive, telles que les sarcomes. Il faudrait donc leur supposer un agent pathogène unique, ce qui est bien loin d'être prouvé (1).

Ce rapide aperçu des principaux sérums qu'on a employés dans ces dernières années pour combattre les tumeurs malignes, n'est naturellement pas complet, mais nous avons voulu mettre sous les yeux du lecteur seulement ceux qui étaient méritoirement les plus célèbres soit par le nom de leurs inventeurs soit par les applications pra-

(1) Nous trouvons une réponse catégorique à nos questions dans la brochure: *Le Micrococcus néoformans et les néoplasmes,* qui vient de paraître (Ed. Schleicher fr. Paris) et où le Dr. Doyen envisage l'étiologie des tumeurs sous un jour original et nouveau. Cette nouvelle théorie, si on ne peut l'accepter d'emblée, mérite pourtant qu'on l'étudie et qu'on la médite.



tiques qu'ils avaient eues, soit enfin per les résultats qu'on en avait obtenus.

On se tromperait cependant, en croyant que, même de nos jours, on ait demandé à la sérothérapie seulement une contribution à la lutte engagée contre le cancer: c'est aussi aux actions thèrapeutiques les plus variées que l'on a eu recours et quelquefois avec des résultats encourageants, sinon toujours constants

Ici aussi, pour ne pas fatiguer les lecteurs, nous nous bornerons à rappeler les médications, qui ont paru recueillir le plus de suffrages parmi les savants ou au moins celles qu'on emploie les plus couramment.

Commençons par les sels de quinine:

Dans la séance du 20 février 1901 de la Société de Chirurgie, M. le Dr. Launois fit la communication suivante:

« Il s'agissait d'une malade de 50 ans, ayant été atteinte d'un cancer ulcéré du sein gauche.

Ce cancer avait envahi la peau et le mamelon; l'ulcération était très grande, donnant lieu à un écoulement sanieux abondant. Il existait des ganglions axillaires. Le début du néoplasme remontait à 3 ans. Il existait du subictère et un état général mauvais.

« M. Launois vit cette malade pour la première fois en novembre 1900. Se rappelant les recherches de M. Jaboulay (de Lyon) sur les injections de *quinine* dans le traitement du cancer, M. Launois fit ces injections chez sa malade.

« On fit tous les deux jours une injection de 0,50 à 0,60 centigrammes de sulfo-chlorhydrate de quinine. Rapidement l'ulcération cancéreuse se modifia et s'améliora; les nodules superficiels s'affaissèrent; l'état général devint bon. Actuellement, l'ulcération a complètement disparu et la cicatrice est faite; les ganglions axillaires ont disparu; les nodules se sont affaissés; l'état général est bon.

« L'idée de M. Jaboulay a été d'employer la quinine comme dans le paludisme, car il admet que le cancer est probablement, lui aussi, d'origine parasitaire. Or, on connaît l'action de la quinine sur les parasites ».

Le Prof. Berger constata, dans la même séance, que l'amélioration, obtenue par le Dr. Launois, semblait évidente. Il observa cependant que la malade avait encore un néoplasme profond de la mamelle et des ganglions axillaires. La guérison n'était donc pas complète.

D'après le Dr. Tuffier, le cacodylate de soude semble avoir sur les tumeurs une action semblable à celle de la quinine.

« Je vois — disait-il dans cette même séance de la Société de Chirurgie —, à ce moment une malade atteinte d'un cancer inopérable du sein, les injections de cacodylate de soude ont, chez cette malade, produit une grande amélioration de l'état général et la cicatrisation des ulcérations. Mais le cancer persiste ».

Le Dr. Quenu, au contraire, dit d'avoir employé la méthode de M. Jaboulay, sans aucun résultat. Il a essayé aussi, sans plus de succès, les injections de cacodylate de soude dans le cas de cancer. Enfin il a vu aussi les injections du sérum de Wlaëff échouer complètement. Il en conclut que tous ces procédés ne doivent être employés que dans les cas non opérables, au risque de perdre son temps.

Le Dr. Lucien Le Roi, dans une note communiquée à l'Académie de médecine dans la séance du 7 janvier 1902, affirme que le cancer est curable par l'emploi simultané des deux agents thérapeutiques précités, c'est-à-dire l'arsénic et la quinine à des doses plus ou moins élevées, suivant les cas.

« Pour préciser — dit-il — je crois avoir guéri en quelques jours un cas de cancer du poumon, dont je publierai ultérieurement l'observation, cancer survenu chez une demoiselle âgée de cinquante-sept ans.

« Cette guérison m'a paru avoir été obtenue par :

« 1° L'emploi pendant dix jours de 50 centigrammes chaque jour de chlorhydro-sulfate de quinine, ingérés au repas ;

« 2° En même temps, par l'injection tous les deux jours de 5 centigrammes de cacodylate de soude.

« Cette injection était faite sous la peau de la face externe de la cuisse ».

Les deux agents thérapeutiques, l'arsénic et la quinine, ont donc incontestablement produit une amélioration notable et même la guérison des tumeurs malignes en certains cas, mais il n'en demeure pas moins avéré que dans d'autres cas ils ont échoués complètement.

Comment peut-on justifier cette contradiction ?

Nous trouvons dans le rapport, cité plus haut, du Prof. Lucas-Championnière, à propos du sérum anticellulaire du Dr. Wlaëff, quelques obser-

vations à ce sujet, qui paraissent nous donner l'explication la plus vraisemblable de ces faits, en apparence contradictoires :

« On ne doit pas oublier — dit-il — que les tumeurs malignes sont plus impressionnables aux médications qu'on ne l'admet généralement. Bien souvent on a pris pour des progrès de guérison les modifications passagères obtenues par des actions thérapeutiques très variées.

« Quand le sujet n'est plus justiciable d'une intervention chirurgicale, il arrive souvent qu'il ne suive aucune médication régulière et on ne peut juger de la possibilité de ces modifications.

« Mais souvent, quand des médications ont été tentées d'une façon continue, on a observé quelques faits qui ont surpris, et il est arrivé souvent que l'on ait conclu prématurément à une guérison du mal.

« C'est là ce qui explique quelques observations curieuses de modifications passagères obtenues par des sérums quelconques.



« C'est là ce qu'on a observé pour l'inoculation de l'érysipèle.

« Il y a des médications qui ont donné des retards d'évolution du cancer si prolongés que l'on a proclamé la guérison prochaine; tous les chirurgiens ont observé de ces faits.

« L'histoire des cancers viscéraux et surtout l'histoire du cancer de l'estomac est riche en faits de cet ordre.

« J'ai pour ma part donné souvent une médication fondée sur une observation curieuse de Fonssagrives, que mon frère a remise en honneur et a bien souvent appliquée à la guérison des verrues.

« Fonssagrives avait fait connaître la disparition des verrues, de certains papillomes, sous l'influence de l'administration longtemps continuée d'une faible dose de magnésie anglaise. J'ai répété bien des fois avec succès cette médication pour les papillomes bénins, pour les verrues multiples.

« Mais j'ai aussi tenté de l'appliquer au cancer.

« Or, dans les cancers du sein en particulier, j'ai vu souvent un notable ralentissement dans l'évolution des tumeurs.

« J'ai vu des épithéliomas de la langue et des lèvres profondément modifiés. Dans quelques cas même, j'ai pu croire à une guérison définitive de certains sujets. Je suis même certain d'avoir observé des guérisons qui m'ont fait penser que j'avais eu à faire à des tumeurs spéciales, à des épithéliomas d'une nature particulière puisque la magnésie donnée dans des cas en apparence semblables ne modifiait plus les sujets chez lesquels le cancer évoluait.

« On a vu tout récemment M. Jaboulay préconiser le sulfate de quinine à haute dose comme un médicament susceptible de modifier l'évolution du cancer.

« Tout n'était certainement pas faux dans les thérapeutiques successivement vantées contre le cancer.

« Mais surtout, par des moyens très divers, on a obtenu des modifications de la marche des cancers, des temps d'arrêt.

« Il faut donc être très circonspect quand des faits sont apportés montrant une action nouvelle sur les tissus cancéreux ».

Cette conclusion de l'illustre savant nous paraît des plus justes: le temps seul et l'observation clinique continuée peuvent nous renseigner sur la valeur de certains agents thérapeutiques. On ne doit donc pas conclure de quelques faits, isolés: il faut surtout que leur action soit constante, ce qui manque précisément à tous ceux que nous venons d'examiner jusqu'à présent.

Des traitements généraux venant aux traitements *in situ* des épithéliomas de la peau et des muqueuses, nous nous bornerons à rappeler parmi les plus efficaces et les plus en usage la méthode de Finsen par les rayons violets, le traite-

ment par les courants de haute fréquence et enfin le traitement par les rayons X (photothérapie).

L'influence des rayons violets sur les tissus cancéreux est un fait déjà acquis à la science, mais cette méthode exigeant des appareils (1) compliqués et qui ne sont pas à la portée de tout le monde, il nous suffit de l'avoir mentionnée sans y insister davantage.

Le traitement des cancers de la peau par les courants de haute fréquence, a donné aussi quelques bons résultats, encore qu'ils ne soient pas toujours constants.

Ce traitement a cependant sur la radiothérapie l'avantage d'être plus aisément applicable, d'être aussi moins dangereux et de s'adresser enfin plus facilement à des régions profondément situées.

(1) Ces appareils sont construits dans le double but de concentrer les rayons et d'éliminer l'action thermique des dits rayons. Comme source lumineuse on utilise les lumières électrique et solaire.

Mais, nous le répétons, ce mode de traitement n'a pas encore à son actif les résultats curatifs que peut vanter la radiothérapie.

Au sujet de celle-ci, nous ne saurions mieux la décrire et spécifier les cas dans lesquels elle est applicable, qu'en résumant les déclarations faites à l'Académie de médecine dans la séance du 29 mars 1904, par le Prof. M. Leredde :

« La radiothérapie — disait-il — constitue une excellente méthode curative du cancer de la peau, très souvent préférable à toute autre.

« La technique, aujourd'hui réglée, permet d'employer les rayons X sans danger pour le malade et même d'obtenir des résultats rapides et la guérison en peu de séances dans la plupart des cas.

« Les formes qui relèvent surtout de la méthode sont celles que j'ai appelées épithéliomes adultes, c'est-à-dire ceux dans lesquels existe une altération limitée par un bourrelet. Ce sont les épithéliomes graves ou tendant à devenir graves.

« La guérison se fait par désintégration et liquéfaction du tissu malade, qui est éliminé d'une manière intégrale, démontrant l'action élective des rayons X sur les tissus épithéliomatheux. Lorqu'il y a des douleurs, elles disparaissent souvent après la première application, de même la mauvaise odeur. Les résultats esthétiques sont excellents. La guérison est définitive quand le traitement a été assez énergique.

« Les cas difficiles sont ceux dans lesquels il existe une hyperkératose marquée.

« Les tissus cornés paraissent peu perméables aux rayons X.

« La radiothérapie peut se combiner à d'autres méthodes curatives. Dès à présent, on peut déclarer qu'elle constitue la méthode de choix dans certaines localisations (épithéliomes des paupières, épithéliomes destructeurs du nez), et dans la plupart des cas où le malade se refuse à l'ablation chirurgicale ».

On comprend aisément que ces traitements ne peuvent pas empêcher ni la récidive du cancer, ni sa généralisation; mais nous aurons occasion de revenir sur ces traitements *in situ* des épithéliomes cutanés dans le chapitre qui suit, en conseillant de les associer à notre méthode, lorsque on veut hâter la disparition des formes épithéliales, qui permettent l'application d'un traitement local.

Ce court aperçu des principaux moyens employés pour la cure du cancer peut donner au lecteur une idée suffisamment exacte de l'état oùs en est-elle cette question à l'heure actuelle. Nou nous sommes bornés aux seuls moyens curatifs, avec exclusion absolue des interventions chirurgicales. C'est pourquoi nous n'avons pas mentionné, par exemple, la méthode de Bintson dans le traitement des cancers inopérables du sein par la castration ovarienne, et d'autres méthodes d'usage courant en chirurgie.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DE L'AUTEUR

L'argent colloïdal ou collargol, que nous employons contre le cancer et la syphilis, est une modification allotropique de l'argent.

En réduisant dans des conditions spéciales le nitrate d'argent par le sulfate ferreux, on obtient une poudre vert-bleue d'argent métallique, soluble dans l'eau, que Carey-Lea envisage comme une forme colloïdale de l'argent métallique. Cette solution donne des précipités lorsqu'on l'additionne de quelques sels et elle n'est pas dialysable.

Voici quelques observations sur les propriétés

chimiques de ce corps, ainsi que sur la constitution du *collargol*, que nons résumons d'un travail communiqué récemment à l'Académie des Sciences par M. Hanriot :

« On a, dans ces derniers temps, préparé diverses variétés d'argent colloïdal, sans qu'on ait suffisamment établi l'individualité chimique de ces différents corps, qui jouissent tous de caractères communs : solubilité dans l'eau et obtention de solutions colorées en rouge-brun et non dialysables ; formation de précipité lorsque ces solutions sont en contact avec des sels neutres, précipité qui peut être soluble dans l'eau (c'est le cas lorsque le sel neutre employé est le sulfate de magnésie) ou qui se présente sous forme coagulée d'argent ordinaire, non soluble dans l'eau (c'est le cas le plus fréquent).

« Ces corps n'ont jamais été obtenus à l'état de pureté ; quelques-uns contiennent jusqu'à 97 et même 98,1 °/₀ d'argent ; lorsqu'on cherche à les

purifier, ils se décomposent avec formation d'argent métallique, et Lothermoser a recommandé, pour leur donner de la stabilité, de les additionner de quantités notables de corps colloïdaux étrangers; d'ailleurs, il est à remarquer que l'état colloïdal de l'argent ne peut être obtenu par précipitation qu'en présence d'autres corps colloïdaux (citrate de fer, dextrine, tannin, silicate de soude).

« Le produit, désigné commercialement sous le nom de *collargol*, ne renferme que 87,3 °/₀ d'argent; il contient un peu d'ammoniaque, une trace d'acide nitrique et une matière albuminoïde assez abondante. Il est soluble dans l'eau. Il se coagule lorsqu'on l'additionne d'une solution de nitrate d'argent; après la coagulation effectuée, le liquide ne contient plus d'argent en solution et le précipité renferme à la fois l'argent du sel d'argent et celui du collargol; ce précipité, après dessiccation sur une plaque poreuse, a un aspect métallique; il est insoluble dans l'eau, dans la po-

tasse, le carbonate de soude et le mercure. L'acide nitrique et le cyanure de potassium le dissolvent; avec l'ammoniaque, on reproduit la coloration rouge des solutions de collargol; ce précipité est donc, non de l'argent métallique, mais une combinaison renfermant le groupement caractéristique du collargol.

« Avec le sulfate de cuivre et le nitrate de baryte, on oblient le même résultat qu'avec le nitrate d'argent.

« Les réactions précédentes assimilent le collargol à un sel soluble, donnant des précipités insolubles avec les sels mètalliques; M. Hanriot a tenté d'isoler l'acide de ce sel; avec l'acide acétique dilué, il a obtenu un précipité noir, qui, après dessiccation, se comporte comme un acide, qui se présente avec un aspect métallique, qui est friable, insoluble dans l'eau, soluble en brun-rouge dans la potasse, l'ammoniaque et le carbonate de soude.

« D'après ces expériences, le collargol, serait le sel soluble d'un acide, l'*acide collargolique*, assez énergique pour déplacer l'acide carbonique. Si l'on électrolyse le collargol, il se forme, au pôle positif, un dépôt noir, insoluble dans l'eau, soluble dans les alcalis et les carbonates alcalins, avec la coloration rouge caractéristique de l'acide collargolique; ce dépôt est, non pas de l'argent, mais de l'acide collargolique.

« Il est vraisemblable que, dans le collargol, la base avec laquelle cet acide est combiné est l'ammoniaque, qu'on retrouve toujours dans le collargol commercial; d'autre part, lorsqu'on évapore à siccité une solution de collargol on obtient un résidu qui est soluble dans l'ammoniaque et la solution ainsi obtenue possède les mêmes propriétés que la solution primitive. Si, au contraire, on dissout le résidu dans la potasse, l'évaporation à siccité n'insolubilise pas le collargol ».

Maintenant que nous sommes suffisamment

renseignés sur la nature chimique du *collargol* (1), voyons la manière de s'en servir.

Le collargol est employ en frictions et en injections intraveineuses.

Voici la formule de la pommade à frictions (Pommade de Crédé):

Collargol	gr.	15
Vaseline ou Lanoline . . .	»	100

(1) Le collargol, dont je fais usage dans ma pratique, est celui de la maison Haydn de Radebeul (près Dresde). Il est délivré en flacons de cinq grammes, avec les instructions nécessaires soit pour le garder inaltéré, soit pour les préparations pharmaceutiques auxquelles il doit servir.

La maison Merck de Darmstadt délivre elle aussi les produits de la maison Haydn.

En s'agissant d'un produit non toxique, il est délivré sur simple requête.

Aussi en France, y at-il des maisons recommandables à ce sujet: nous en ferons mention dans une prochaine édition, aussitôt que nous aurons examiné les échantillons de leurs produits.

Du reste, toute grande pharmacie parisienne est pourvue de collargol.

Les frictions peuvent être faites sur la face antérieure de l'avant-bras, comme nous l'avons déjà dit, et aussi sur la région antérieure (face interne) des jambes.

La quantité d'onguent, qu'on peut employer pour chaque friction, est de 1, 2 ou 3 gr. suivant qu'il s'agit d'un enfant, d'un adolescent ou d'un homme. La durée de la friction est de 10 à 15 minutes : le collargol ayant la propriété de se dissoudre dans les gras de l'organisme, aussitôt qu'on le voit suffisamment absorbé par les lymphatiques du derme, on nettoie la partie frictionnée et on la lave à grande eau.

Les injections intra-veineuses de solution de collargol à 1 pour 100 ou 200, ne peuvent naturellement être faites que par un médecin expérimenté. La quantité pour chaque injection varie de 3 à 5 centigrammes. Ces injections ont l'avantage de porter le médicament en contact immédiat avec le courant sanguin ; cependant, sauf

dans des cas graves et urgents, nous conseillons toujours nos lecteurs de s'en tenir aux frictions. Les résultats sont à peu près les mêmes : le médicament est également entraîné dans le torrent circulatoire par les lymphocites de la peau, et on évite le danger d'injecter dans l'organisme un liquide non stérilisé. Nous avons en effet fait déjà remarquer que, le collargol n'étant pas un agent toxique, c'est très difficile d'en avoir une solution parfaitement aseptique ou au moins de la garder telle.

Voici maintenant la méthode et la durée du traitement pour les différentes affections :

Syphilis primaire ; accident initial. — On peut traiter l'accident initial par les moyens usuels que l'antisepsie nous fournit ; parmi les pansements avec les préparations mercurielles, je préfère la formule suivante :

Calomel	*ãã* 2 grammes
Oxyde de zinc	

S'il faut réveiller une ulcération atone ou réprimer une plaie par trop bourgeonnante, l'emploi des cautérisations au nitrate d'argent est aussi recommandable.

Concurremment il faut instituer notre traitement spécifique, ainsi qu'il suit :

1er trimestre : Une friction (ou une injection) de collargol tous les sept jours, c'est-à-dire que chaque friction doit être espacée de l'autre de sept jours, ce qui revient à quatre frictions par mois à peu près.

Dans ce délai de trois mois non seulement le chancre syphilitique se transforme rapidement en plaie simple et se résorbe complètement, mais aussi l'adénopathie inguinale se réduit peu à peu et finit par se résorber et disparaître.

Cependant nous conseillons vivement les malades de suivre encore le traitement au collargol, pour avoir la sûreté que toute manifestation syphilitique soit définitivement jugulée, ainsi qu'il suit :

2me trimestre : Une friction (ou une injection) au collargol tous les quinze jours, ce qui revient à deux frictions par mois.

3me trimestre : Une friction par mois.

Syphilis secondaire ; Hérédo-syphilis : Tumeurs simples ou composées formées par des éléments du tissu conjonctif ou par l'association de plusieurs éléments des tissus conjonctifs, vasculaires ou musculaires, mais ne présentant pas de caractère de malignité, c'est-à-dire pas de métastase et de destruction et infiltration des parties voisines. (Fibromes, lipomes, myxomes, lymphomes, fibro-lipomes, etc., etc.) :

1er trimestre : Une friction tous les sept jours, comme dans la syphilis primaire.

2me, 3me, 4me trimestres : Une friction (ou une injection) tous les quinze jours, c'est-à-dire deux frictions par mois.

Pendant la deuxième année on peut se borner à faire une seule friction tous les deux mois, jus-

qu'à ce que, soit les adénopathies syphilitiques soit les tumeurs soient complètement résorbées.

Bien que d'ordinaire la guérison s'accomplisse avant la fin de la deuxième année, je conseille toujours de poursuivre le traitement pendant tout le reste de l'an, en suivant les indications prescrites ci-dessus.

Syphilis tertiaire : Formes parasyphilitiques : Cancer. — La dénomination de tumeurs malignes s'applique aux formes qui présentent la métastase : la destruction et l'infiltration des parties voisines par la tumeur en voie de développement ainsi que la désagrégation et la nécrose de la néoformation, sans que pour cela celle-ci ait terminé son évolution, sont des indications caractéristiques de la nature maligne du néoplasme. Que ces tumeurs soient donc développées aux dépens du feuillet moyen ou aux depens des feuillets interne ou externe du blastoderme, c'est-à-dire qu'elles soient formées de substance conjonctive ou qu'elles

soient des tumeurs composées ou des tumeurs épithéliales, cela peut être utile à connaitre pour leur classification clinique, mais on ne peut pas se baser sur ces distinctions pour déterminer la bénignité ou la malignité de la tumeur, d'autant plus que les tumeurs les plus bénignes peuvent quelquefois changer de type, devenir malignes, dégénérer. (Verneuil, Leloir, Babinski, Cornil).

Sous le terme de cancer on peut désigner les épithéliomes de revêtement (néoplasies épithéliales développées aux dépens du revêtement épithélial de la peau ou des muqueuses dermo-papillaires) et les épithéliomes glandulaires typiques, les carcinomes (tumeurs épithéliales atypiques d'origine glandulaire) et les épithéliomes métatypiques (kystes ou kystomes épithéliaux).

Le traitement que nous avons institué pour ces différentes affections est le suivant :

1er trimestre : Une friction au collargol ou une injection par semaine, c'est-à-dire quatre fois par mois.

2me, 3em, 4me trimestres : Une friction (ou une injection) tous les quinze jours, c'est-à-dire deux frictions par mois.

Deuxième année: Une friction (ou une injection) tous les deux mois pendant tout le cours de l'an.

Troisième année : Une friction (ou une injection) tous les trois ou quatre mois, jusqu'à la complète cicatrisation de la tumeur ou à la disparition des troubles syphilitiques.

On voit donc que c'est un vrai traitement *par extinction* celui par nous institué : nous en examinerons les raisons tont à l'heure; pour le moment il nous suffit d'espérer qu'on ne trouvera pas long l'espace de trois ans que nous fixons comme *maximum* pour obtenir une guérison complète et à l'abri des récidives, soit de la syphilis tertiaire et des affections parasyphilitiques, soit des épithéliomes typiques, atypiques et métatypiques.

Il faut en effet réfléchir, surtout au sujet de ces derniers, qu'il s'agit de régénérer des tissus,

qui n'offrent pas seulement une hypertrophie et une hyperplasie des cellules épithéliales, mais qui constituent tout à fait des cellules hétéroplasiques.

C'est donc tout un procès de reconstitution cellulaire qui doit avoir lieu, ce qui, à notre avis, arrive sous l'action de l'argent colloïdal, dans un délai relativement court, c'ast-à-dire dans l'espace de trois ans au *maximum* (1).

Cependant, lorsqu'il s'agit d'épithéliomes volumineux ou gênants, comme ceux de la langue, du sein, cutanés, etc., je conseille d'associer à mon traitement, celui de la radiothérapie. Le traitement par les rayons X a le grand avantage d'accélérer la guérison *in situ*, pendant que notre méthode suivie d'après nos prescriptions, empêche les rechutes et détruit tout germe morbide dans l'organisme. Il va sans dire que l'application de la radio-

(1) La régénération des tissus épithéliaux est aussi en rapport direct avec l'intégrité de l'appareil vasculaire.



thérapie doit être faite par un médecin expérimenté et avec les sursis entre une séance et l'autre, que la science et la pratique ont, dès à présent, élevés à règle générale.

Nous avons dans le premier chapitre rapporté plusieurs cas de guérison de syphilis et d'hérédo-syphilis, obtenus par notre méthode. Il ne nous reste qu'à relater quelques cas de guérison à l'égard des épithéliomes.

Dans une vingtaine de cas, soit guéris, soit en voie de guérison, que nous pourrions citer, nous nous bornons à relever les deux suivants, qui nous paraissent les plus intéressants parce qu'ils en étaient déjà à la période de généralisation :

1er *cas*. E. C., âgé de 38 ans, est atteint, depuis quelques années, d'un épithéliome du pharynx; ses antécédents héréditaires sont nuls. Lorsque je le vis pour la première fois, il y a presque quatre ans, il était obligé depuis quelques semaines de garder le lit, et il se plaignait de dou-

leurs atroces à la gorge. A l'inspection je pus constater aisément que le pharynx présentait une large infiltration épithéliomateuse qui avait envahi aussi la voûte palatine, l'isthme du gosier et les amygdales : les épithéliums en grande partie nécrosés et détruits avaient donné lieu à des ulcérations étendues et sanieuses : le tissu conjonctif de la muqueuse du pharynx était hypérhémié, on y observait des nids cellulaires, et une profonde érosion. Dans la région sous-maxillaire on pouvait constater la présence d'un ganglion dur du volume d'une noisette. L'état général du malade était des plus graves, dénutrition profonde des organes, dans un mot ce qu'on appelle *cachexie cancéreuse* des plus marquées.

Le malade n'étant pas opérable, je lui conseillais de suivre mon traitement, encore que, vu son état, je n'espérasse pas beaucoup le sauver.

Je commençai par des frictions : la première application du collargol au malade lui procura des

frissons très sensibles et, d'après son expression, le soir de ce jour il ne réussissait pas à se réchauffer. La neutralisation des toxines, qui engendre cet état morbide et passager, me prouva que son organisme était encore en état de réagir. Le jour après la première application, il put sortir de sa maison, chose qu'il ne faisait depuis des semaines. Je continuai soit par des frictions soit par des injections à le traiter ainsi: son état général s'améliora rapidement, il pouvait vaquer à ses affaires et ses douleurs disparaissaient peu à peu. Quant à l'épithéliome, les modifications que je pouvais constater à la suite du traitement, étaient très lentes mais indéniables, le fond érosé du pharynx se relevait peu à peu, le ganglion sous-maxillaire diminuait aussi de volume: j'avoue cependant que je ne pus obtenir la cicatrisation complète de l'infiltration épithéliomateuse qu'au bout de trois ans.

2me *cas*: Kystome de la vessie.

A. B., âgé de 35 ans, antécédents héréditaires inconnus, se presente chez moi, en se plaignant de mictions fréquentes et douloureuses, accompagnées d'hématuries abondantes. L'examen cystoscopique nous révèle la présence d'une tumeur siégeant sur la vessie et dont la surface saignante est sans doute le point de départ des hématuries. La prostate n'est pas indemne aussi, on sent par le toucher rectal qu'elle est bosselée et par conséquent envahie elle aussi par les néoformations cancéreuses. La paroi vésicale est-elle envahie par le néoplasme? Nous avons tout le droit de le supposer et dans ces conditions, vu aussi l'état général du malade, anémié au plus haut degré par les continuelles hémorragies, toute intervention chirurgicale pourrait peut-être soulager le malade pendant quelque temps, mais elle risquerait aussi de le tuer.

J'institue de suite le traitement au collargol, avec les délais dont je viens de parler. Je com-

mence par les frictions, sauf à les alterner avec des injections lorsque l'état du malade voudra me le permettre. J'ai pu constater dans ce cas aussi, à la suite de la première application du remède, les mêmes symptômes de frisson et de malaise, passagers du reste, que j'ai relatés dans le cas précédent.

La cessation des hématuries s'effectua complètement au bout du premièr mois de mon traitement, l'état général aussi du malade s'améliora rapidement. Le néoplasme fut cependant bien long à se résorber, bien que le malade ne fût pas extrêmement gêné par sa présence: comme dans le cas précedent, la guérison complète ne s'accomplit qu'au bout de trois ans.

Les autres cas, que je pourrais rapporter au sujet de néoformations épithéliomateuses guéries ou en voie de guérison par mon traitement, somment à une vingtaine tout au plus: il s'agit en général de tumeurs qui n'étaient pas opérables ou

tout au moins ne l'étaient qu'avec le plus grand risque des malades: les résultats que j'en ai obtenus, sont tels que je puis en déduire que le traitement au collargol a une action incontestable sur la régénération des éléments épithéliaux.

Voyons maintenant quelle est l'action probable de l'argent colloïdal.

Pour nous rendre un compte exact, de la manière dont agit ce médicament, nous chercherons à expliquer les phénomènes qui se produisent à la suite de son introduction dans l'organisme humain.

Ces phénomènes biologiques et physiologiques ont, à notre avis, une grande analogie avec ceux qu'on observe chez les animaux à la suite de l'introduction dans l'organisme animal de sang étranger, de spermatozoïdes de même espèce ou d'espèce étrangère, ou de n'importe quelle autre catégorie de cellules.

En effet, nous avons déjà constaté qu'après

quelques heures de l'application de l'argent colloïdal, les malades accusent des frissons très prononcés et du malaise — du reste sans conséquences parce que, nous le répétons, le traitement est complètement inoffensif — qui ne dépassent le plus souvent 24 heures. Après ce laps de temps, le malade sent que ses forces lui reviennent et il èprouve un bien-être qui se prolonge jusqu'à la nouvelle application du remède.

Au fur et à mesure qu'on poursuit le traitement ces sensations vont toujours en diminuant d'intensité, mais on les ressent toujours un peu à chaque nouvelle application du remède, jusqu'à la complète guérison du malade.

Voici l'interprétation la plus probable de ces phénomènes:

Lors de l'absorption de l'argent colloïdal par l'organisme humain, il se produit une vraie et propre phagolyse. Une quantité plus ou moins grande — selon qu'il s'agit des premières ou des

ultérieures applications du remède — de phagocytes, déjà lésés par les toxines bactériennes, se désagrègent au contact de l'argent colloïdal et laissent échapper une partie de leur contenu, qui diffuse dans les plasmas et le sérum sanguin de l'organisme vivant.

Nous ne connaissons pas tous les ferments solubles intraleucocytaires, mais nous savons bien que le principal entre eux est l'alexine ou cytase, qui de cette sorte peut se combiner avec le fixateur, qui circule dans les humeurs.

Après un temps plus ou moins long, les leucocytes se remettent de la phagolyse, et une vraie et propre hyperleucocytose a lieu qui déploie son énergie phagocytaire.

Voici donc que les deux phases successives de malaise et de bien-être, qu'éprouve le malade, trouvent une explication dans les deux phénomènes de phagolyse, suivie d'une hyperleucocytose très prononcée, qu'on peut constater facilement en examinant le sang du malade.

C'est précisément ce qu'on constate lors de la formation de la propriété hénolytique du sérum chez les animaux vaccinés.

Mais il y a cette différence: pendant que chez ces derniers le phénomène de la phagolyse disparaît presque aussitôt après les premières injections de sang étranger; dans notre cas les deux phénomènes de phagolyse suivie par une hyperleucocytose de plus en plus prononcée, se répètent presque à chaque nouvelle application du remède.

Les conséquences de cette phagolyse passagère sont de la plus haute importance: c'est à sa suite que nous aurons toujours de nouvelles combinaisons de l'alexine avec le fixateur, ce qui a pour dernier conclusion de rendre les humeurs de l'organisme vivant nettement bactéricides.

Ce n'est donc pas seulement une immunité cellulaire ou hystogène qu'on acquiert, c'est aussi une immunité chimique, et lorsqu'on pense que

dans certains organes, dans le tissu sous-cutané par exemple, il n'y a pas ou presque pas de leucocytes, on comprend de quelle utilité peut être à l'organisme cette nouvelle propriété acquise par les humeurs, dans la lutte contre les microbes.

On peut aisément se certifier de ce nouveau pouvoir bactéride des humeurs, en centrifugeant du sérum sanguin : le liquide, qu'on obtient, traité par les réactifs usuels, donne une réaction nettement acide.

Mais quelle est la nature de cet agent thérapeutique? A quel ferment soluble peut-on le comparer? Quel rôle jou-t-il vis-à-vis des phagocytes?

D'après ce que nous venons de dire, il n'y a pas de doute qu'il agit comme un vrai et propre fixateur spécifique, substance intermédiaire on Zwischenkörper d'Ehrlich, avide de cytase. Introduit dans l'organisme, il se fixe sur les micro-organismes, les entoure, les imprègne et ceux-ci,

sensibilisés de cette façon, déviennent capables d'absorber la cytase qui les digère.

Cette cytase, comme nous l'avons dit, est fournie par les phagocytes déjà avariés par les toxines bactériennes.

Nous devons aussi supposer que les microorganismes, touchés par ce fixateur, deviennent immobiles et se réunissent en amas : cette agglutination des microbes expliquerait l'hyperleucocytose qui s'ensuit, après la passagère phagolyse qui a pour but seulement de rendre bactéricides les humeurs de l'organisme vivant.

Nous pouvons donc en conclure que l'argent colloïdal, introduit dans l'économie, y déploie une double action à la fois phagolytique et phagocytaire, et en conséquence une destruction extracellulaire et intracellulaire des microbes, ce qui marque sa supériorité sur les sérums spécifiques qui d'ordinaire n'ont que cette dernière propriété.

Voilà peut-être aussi pourquoi les sérums spé-

cifiques ont plutôt une action préventive que curative, parce que s'ils ont la propriété de stimuler les phagocytes, ils sont dépourvus d'action sur les humeurs.

Nous avons vu dans le premier chapitre de cet ouvrage, en étudiant les agents pathogènes de la syphilis, qu'on retrouvait ceux-ci — après quelques mois de traitement par l'argent colloïdal — en grand nombre dans les selles des malades. Nous avons remarqué aussi en passant que ces micro-organismes se présentaient tantôt réduits en granules, tantôt simplement avariés, tantôt conservant leur forme normale et pouvant ainsi devenir des sujets de culture; nous avons dit aussi que ce phénomène ressemblait à celui de Pfeiffer pour les vibrions cholériques.

Nous allons rappeler en quelques mots la célèbre découverte de Pfeiffer, pour faire mieux ressortir l'analogie des deux phénomènes.

M. R. Pfeiffer (1), en collaboration avec M. Issaëff, pour arriver à sa découverte, concentra ses études sur l'immunité acquise des cobayes contre le vibrion cholérique.

Observons en passant que ces animaux sont très sensibles à l'infection par ce vibrion, mais il est aussi facile de les vacciner contre cette maladie expérimentale, en leur inoculant une quantité non mortelle de vibrions cholériques vivants, ou bien en leur injectant une culture de ces microbes, tués par la chaleur, ou du liquide de culture, débarrassé des vibrions par filtration.

Voici maintenant comment ont procédé MM. Pfeiffer et Issaëff:

Si l'on prélève avec un tube effilé du liquide péritonéal à des cobayes vaccinés — auxquels on a injecté préalablement dans le péritoine une cer-

(1) Deutsche medic. Wochenschrift. 1896, p. 97 et 119; Prof. E. Metchnikoff: loc. cit. Ch. VIII.

taine quantité de culture cholérique qui renferme des vibrions virulents — on constate dans la goutte pendante que les vibrions ont subi dans l'organisme réfractaire des modifications profondes. Les leucocytes disparaissent presque totalement du liquide péritonéal quelques minutes après l'injection des vibrions et la plus grande partie de ceux-ci s'est déjà transformée en granules. A côté de granules ronds, on observe des vibrions gonflés, d'autres ayant conservé leur forme normale, mais tous absolument immobiles. Quelques granules ainsi constitués se réunissent en amas, d'autres restent isolés dans le liquide. Beaucoup de ces granules sont encore vivants, car il est facile de les voir se développer en dehors de l'organisme et s'allonger en nouveaux vibrions. Mais une grande quantité de granules ne manifestent plus aucun signe de vie et sont évidemment morts.

Cette transformation granuleuse, qu'on appelle le phénomène de Pfeiffer, est une manifestation

de lésions très graves, subies par les vibrions cholériques sous l'influence du liquide péritonéal de l'organisme immunisé.

Le pouvoir de provoquer le phénomène de Pfeiffer, n'est pas exclusif à l'exsudat péritonéal, il l'est aussi au sérum sanguin des cobayes immunisés.

Nous ne relaterons pas ici toutes les expériences faites pour expliquer cette action des humeurs sur les vibrions cholériques : nous nous contenterons de dire que c'est un fait désormais acquis à la science que cette transformation extracellulaire des vibrions cholériques en granules est due à une substance fixatrice spécifique qui immobilise et agglutine en amas les vibrions et les sensibilise à l'action de la microcytase échappée des leucocytes avarisé.

C'est donc une phagolyse qui se produit et la destruction extracellulaire des vibrions est due à la présence simultanée de la cytase et du fixateur spécifique dans les humeurs de l'animal immunisé.

En effet, en supprimant la phagolyse, par des procédés qu'il n'est pas ici le lieu de rappeler, le phénomène de Pfeiffer ne se produit plus.

Mais le phénomène de la phagolyse n'exclut pas la réaction phagocytaire, au contraire si celle-ci ne se produisait pas parallèlement à la phagolyse, l'état réfractaire des animaux immunisés ne les empêcherait pas de succomber.

On a prouvé cela en injectant aux cobayes immunisés des doses non mortelles d'opium, qui ont pour effet de retarder les mouvements des phagocytes.

De ces données sommaires nous pouvons en conclure que pour que le phénomène de Pfeiffer se vérifie chez les animaux immunisés contre le vibrion cholérique, il y faut le concours de la phagocytose et de la phagolyse et que celle-ci se produit à la suite de la présence dans les humeurs d'un fixateur spécifique qui immobilise et agglutine les microbes et les rend sensibles à l'action de la

microcytase échappée des cellules pendant la phagolyse.

C'est précisément ce que nous avons supposé qu'il arrive dans l'organisme humain au sujet de l'infection syphilitique et cancéreuse par l'introduction de l'argent colloïdal dans les humeurs : celui-ci donc jouerait la rôle d'un fixateur spécifique.

On conçoit aisément qu'il nous a été impossible d'avoir la preuve expérimentale de cette hypothèse, étant les animaux réfractaires à l'infection syphilitique.

Cependant nous avons voulu essayer si l'argent colloïdal se comportait également vis-à-vis d'autres microbes. Nous avons choisi le coccobacille typhique, et après avoir injecté des doses non mortelles de collargol dans la cavité péritonéale des cobayes, après 25 ou 48 heures, selon l'état des sujets, nous leur avons inoculé des cultures virulentes de coccobacilles typhiques. Eh bien, ces cobayes se comportaient comme des animaux vac-

cinés et on pouvait observer dans leur exsudat péritonéal le phénomène de Pfeiffer se produire aussi bien que l'immobilisation et l'agglutination des microbes.

De ce qui précède nous pouvons donc en conclure que, avec l'argent colloïdal, on introduit dans l'organisme un ferment soluble qui joue le rôle d'un fixateur spécifique. Nous pouvons aussi ajouter que par-dessus ce ferment l'argent colloïdal en renferme certainement un autre qui joue vis-à-vis des bactéries le rôle des agglutinines, que nous savons être des substances nettement distinctes des substances fixatrices.

Que la propriété agglutinative soit contenue dans le collargol, cela découle non seulement de nos expériences de laboratoire, mais nons pouvons ajonter que c'est précisément à ce pouvoir qu'a l'argent colloïdal, introduit dans l'économie, d'immobiliser les microbes et de les agglutiner en amas, qu'il faut attribuer la réaction phagocy-

taire très prononcée qui s'ensuit quelque temps après l'application du médicament (1).

En résumé, l'argent colloïdal agit comme un vrai sérum spécifique.

On pourrait se demander maintenant quelle est son action vis-à-vis des toxines, c'est-à-dire si cet agent, outre ses propriétés bactéricides et anti-infectieuses, possède aussi un pouvoir antitoxique.

Il a incontestablement un pouvoir antitoxique marqué : il explique probablement ce pouvoir, en stimulant non seulement l'action des phagocytes proprement dits, mais aussi celle des macrophages, que nous savons être, avec toute probabilité, la source principale des antitoxines. On peut en

(1) On pourrait plus facilement expliquer ce phénomène, en supposant dans l'argent colloïdal la présence d'un troisième ferment, qu'on admet généralement se trouver soit dans les sérums spécifiques, soit dans les sérums normaux; j'entends parler de la *stimuline*, qui exercerait alors son influence excitante sur les leucocytes.



quelque sorte justifier cette hypothèse par le fait, que j'ai souvent observé et rapporté ailleurs, du développement vraiment surprenant du système osseux, qu'on remarque chez les enfants hérédo-syphilitiques après une année seulement de l'application de ce remède; ils doublent presque leur taille et la nutrition des os dépasse quelquefois la normale : or, nous savons que les macrophages polynucléés proviennent des myélocytes granuleux à noyau unique de la moelle des os.

Après avoir parlé de la nature probable de ce médicament et de l'action qu'il déploie dans l'organisme humain, il nous reste maintenant à justifier le traitement que nous avons institué, c'est-à-dire les délais que nous avons cru établir dans l'application de ce remède.

Déjà l'observation clinique nous avait fait remarquer qu'une application non interrompue du remède ne profitait guère mieux aux malades qu'une application espacée et même à de longs intervalles.

On justifie généralement ces phénomènes biologiques par ce qui est convenu d'appeler l'accoutumance aux médicaments, élocution très vague, qui sert seulement à engendrer une confusion déplorable entre les agents thérapeutiques vraiment efficaces et ceux qui ne le sont pas.

Au lieu de nous contenter d'un mot qui ne satisfait pas la raison et n'explique rien, voyons si la microscopie nous peut donner une explication plus rationnelle de ce phénomène.

Nous avons dit que l'argent colloïdal contenait des ferments solubles, tels que la substance fixatrice, l'agglutinine et peut-être la stimuline, ou au moins des diastases qui agissaient comme ces substances, aussitôt que l'argent colloïdal était introduit dans l'organisme.

Nous avons vu aussi que, par la combinaison du fixateur avec la cytase échappée des leucocytes, il se produisait une digestion extracellulaire très marquée dans les humeurs de l'organisme.

On pourrait de ces données en conclure qu'en introduisant de l'argent colloïdal en excès dans l'organisme, c'est-à-dire un excès de substance fixatrice, on obtiendrait une digestion extracellulaire plus violente et l'organisme serait par conséquent plus rapidement débarrassé des bactéries.

Dans le fait, c'est le phénomène contraire qui se produirait et cet excès serait plutôt profitable que nuisible aux microbes.

La théorie des ambocepteurs de M. Ehrlich explique très bien ce fait, qui à première vue peut paraitre paradoxal.

MM. M. Neisser et Wechsberg (1) ont fait plusieurs expériences sur la façon dont agissent les fixateurs vis-à-vis des microbes. Ils ont constaté que ces substances ne permettent la destruction

(1) *Münchener medic. Wochenscrift*, 1901, n. 18. Metchnikoff, l. c., Ch. IX.

des bactéries que dans le cas où elles sont en certain rapport avec la cytase.

Ils ont en effet mélangé des quantités constantes de bactéries et de sérum normal, renfermant de la cytase, avec des quantités variables de sérum d'animaux immunisés, chauffé à 56°. A la suite de ce chauffage, ce sérum spécifique est dépouillé de ses cytases.

Eh bien, les mélanges de fixateurs et de cytases, dans lesquels les premiers, à la suite du chauffage, se trouvent en excès, non seulement ne tuent pas les microbes, mais même leur permettent un développement abondant. Comment MM. Neisser et Wechsberg ont-ils expliqué ce fait?

D'après la théorie de M. Ehrlich, la molécule du fixateur on ambocepteur possède deux groupements, capables de combinaison chimique, ou deux groupements haptophores. Le premier de ces groupements le réunit avec le *récepteur* des microbes; le second groupement combine le fixa-

teur avec la molécule du complément ou alexine ou cytase et grâce à cela introduit celle-ci dans le microbe et le détruit.

Mais lorsque les fixateurs on ambocepteurs se trouvent en trop grande quantité par rapport à la cytase, il peut en résulter qu'une partie seulement de ceux qui se combinent avec les récepteurs des microbes, réussissent à s'accrocher les molécules du ferment actif ou cytase (L'ambocepteur, étant par lui-même incapable de détruire le microbe, ne peut lui être nuisible qu'à condition d'apporter de la cytase). Or, comme la quantité de celle-ci est trop petite pour le nombre beaucoup plus considérable d'ambocepteurs, on conçoit facilement que les microbes peuvent en profiter et rester vivants.

Cette ingénieuse interprétation des rapports entre les fixateurs et le compléments, de MM. Neisser et Wechberg, nous semble dans notre cas particulier être confirmée par l'expérience et l'observation clinique.

C'est pourquoi, dans l'application de notre médicament, une longue expérience nous a appris à fixer des délais variables entre une application et l'autre du remède, délais, qui ont pour but de garder toujours les rapports moléculaires des substances qui entrent en jeu dans l'organisme dans sa lutte contre les agents pathogènes.

CONCLUSION

Notre tâche est achevée.

Nous avouons cependant que nous avons longtemps douté avant de publier ce livre.

Malgré les preuves évidentes que nous avions sous les yeux, et bien que nous ne comptions pas un seul insuccès parmi les nombreux cas traités par notre méthode, nous avons toujours cherché des sursis et des atermoiements, tout en poursuivant nos recherches.

Il s'agit, en effet, de maladies que l'on croit encore aujourd'hui inguérissables et dont on a en vain cherché le remède pendant des siècles.

C'est vrai aussi que, non seulement de nos jours, mais de tout temps, des gens sans aveu ont proclamé l'infaillibilité de leurs prétendus spécifi-

ques, surtout contre la vérole, et le charlatanisme le plus effronté a pu vivre à côté de la science qui se reconnaissait impuissante contre ces fléaux.

Il faut donc que non seulement nous allions à l'encontre d'idées généralement admises, mais que nous bravions aussi l'incrédulité que tant d'insuccès et de mensonges n'ont pu faire à moins que d'enfanter.

D'autre part, les maux dont nous avons entretenu le lecteur dans cet ouvrage, ne font malheureusement que s'accroître, surtout la vérole, menaçant la famille et la race. Ce ne sont pas seulement les publications médicales qui constatent ce fait, mais la littérature même par le roman et par le théâtre a tout dernièrement rappelé l'attention publique sur les méfaits des maladies vénériennes.

Des hommes de cœur se sont émus à la vue de tant de désastres et ont constitué des ligues de défense contre un fléau qui menace de si près l'individu et la société.

On a tout récemment projeté en Russie un recensement des cancéreux pour les isoler et en garantir let individus sains.

Nous avons déjà discuté ces questions et ce n'est pas ici le cas d'y revenir: nous insistons cependant sur ce point, à savoir que toute prophylaxie est incomplète si l'on n'isole pas les malades, ce qui, surtout dans la vérole, se heurte à des difficultés matérielles presque impossibles à vaincre.

Si l'on ne peut donc pas isoler les malades, il ne reste qu'à les guérir radicalement, pour qu'il n'y ait toujours de nouvelles victimes à plaindre.

C'est ce que nous avons essayé de faire avec notre ouvrage. Devant tant de malheurs, toute fausse honte serait une faute, toute crainte presque un crime.

Nous sommes sûrs que les résultats que nous avons obtenus, on les obtiendra également, pourvu que l'on suive nos prescriptions à la lettre et si

l'on en attend le séccès avec patience et persévérance.

Il n'y aura besoin ni de l'une ni de l'autre dans certains cas, par exemple dans la syphilis primaire si on fera l'application de notre méthode aussitôt l'accident initial apparu : on aura alors la preuve immédiate de son action.

Nous prions cependant ceux qui auront cette chance et verront tomber la vérole au rang des maladies banales, nous les prions, dis-je, de bien vouloir se rendre par simple curiosité au musée de l'hôpital Saint-Louis : ils y verront quel était le sort qui leur était réservé si la science n'était pas venue à leur secours.

Qu'ils songent que des milliers d'hommes sont morts de cette façon et qu'ils ont assisté à la destruction de leurs familles et à l'anéantissement de leur race sans que ni prières, ni larmes, ni supplications aux dieux, rien n'eût valu les sauver.

Pour notre part, s'il nous sera donné, de par

notre œuvre, d'arracher un être humain à la déchéance physique et à la dégradation morale; si nous aurons la chance d'essuyer les larmes d'une mère sur le berceau de son enfant, en redonnant à celui-ci le sourire et le charme de son âge; si enfin nous réussirons à sauver, ne fût-ce qu'une seule victime, nous estimerons que nos efforts et nos peines seront par là largement récompensés.

FIN.



TABLE DES MATIÈRES

Chapitre premier : Syphilis et Cancer . . . . page 8
Chapitre II : Aperçu historique de la Syphilis . . » 149
Chapitre III :
Pathogénie de quelques affections parasyphilitiques graves . . . . » 209
Lésions oculaires . . . . » 211
Syphilis et Tuberculose . . . . » 227
Maladie de Paget . . . . » 240
Paralysie et Tabès . . . . » 253
Chapitre IV : Sérumthérapie du cancer . . . » 273
Chapitre V : Traitement de l'auteur. . . . . » 311
Conclusion . . . . » 351

Rome - Typ. Elzévirienne, Rue de la Pilotta, 11.

ERRATA	CORRIGE (1)
Pag. 25 :	
dans le cours de cette œuvre	— dans le cours de cet ouvrage
Pag. 30 :	
aime mieux de croire	— aime mieux croire
Pag. 32 :	
cherche en vain de dompter	— cherche en vain à dompter
Pag. 43 :	
face	— la face
Pag. 95 :	
s'en suit	— s'ensuit
Pag. 72 :	
Avant d'avancer	— Avant de progresser dans
Pag. 109 :	
son était	— son état était
précédés	— précédé
Pag. 110 :	
évolue	— évolua
Pag. 113 :	
plïade	— pléiade
Pag. 126 :	
parasyte	— parasite
Pag 291 :	
le nombre des ces	— le nombre des cas

(1) Nous nous bornons à corriger ces fautes typographiques qui peuvent changer le sens d'une phrase.




13.V.1904.1.
Essai sur la cure radicale du c1904
Countway Library BEN2348
3 2044 045 858 123
Digitized by Google